

Міністерство освіти і науки України
Східноєвропейський національний університет
імені Лесі Українки

Л. І. Магдисюк
Р. П. Федоренко

МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНЕ КОНСУЛЬТУВАННЯ

Навчально-методичний посібник

Луцьк
Вежа-Друк
2020

УДК 61:159.9-048.88(075.8)

М 42

*Рекомендовано до друку вченою радою
Східноєвропейського національного університету імені Лесі Українки
(протокол № 3 від 28 лютого 2020 року)*

Рецензенти:

О. О. Ставицький – доктор психологічних наук, професор, професор кафедри суспільних наук Національного університету водного господарства та природокористування;

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

І. О. Борейчук – кандидат психологічних наук, доцент кафедри загальної психології та психодіагностики Рівненського державного гуманітарного університету.

Медико-психологічне консультування : навч.-метод. посіб. /
М 42 Людмила Іванівна Магдисюк, Раїса Петрівна Федоренко. – Луцьк :
Вежа-Друк, 2020. – 332 с.

У навчально-методичному посібнику розглядаються актуальні питання змісту медико-психологічного консультування, психологічної допомоги в клініці, дається характеристика найбільш поширених методів психодіагностики, що можуть використовуватись у практичній діяльності практичних психологів. Посібник знайомить із особливостями організації роботи психолога в клініці, формами та змістом роботи практичного психолога.

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

УДК 61:159.9-048.88(075.8)

© Магдисюк Л. І., Федоренко Р. П., 2020
© Коренга О. М. (обкладинка), 2020

ЗМІСТ

ВСТУП	4
РОЗДІЛ 1. ПСИХОЛОГІЧНЕ КОНСУЛЬТУВАННЯ У ПРАКТИЧНІЙ ДІЯЛЬНОСТІ ПСИХОЛОГА-КОНСУЛЬТАНТА	5
1.1. Психологічне консультування як вид психологічної допомоги в клініці.....	5
1.2. Психологічне консультування і особистість консультанта .	18
1.3. Технології та техніки психологічного консультування.....	24
1.4. Труднощі та типові помилки психологічного консультування.....	40
1.5. Тестування в практиці медико-психологічного консультування.....	49
РОЗДІЛ 2. ОСОБЛИВОСТІ ДІЯЛЬНОСТІ ПРАКТИЧНОГО ПСИХОЛОГА В КЛІНІЦІ	68
2.1. Деонтологічні засади діяльності клінічного психолога.....	68
2.2. Психологічні особливості лікувально-діагностичного процесу.	72
2.3. Основні форми роботи психолога в медичних установах.....	93
2.4. Зміст роботи практичного психолога в клініці.....	100
РОЗДІЛ 3. МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНЕ КОНСУЛЬТУВАННЯ ОСОБЛИВИХ КАТЕГОРІЙ КЛІЄНТІВ	126
3.1. Особливості роботи психолога з клієнтами з розладами пізнавальних процесів та поведінки.....	126
3.2. Особливості роботи психолога з клієнтами з алкогольною залежністю.....	154
3.3. Особливості роботи психолога з клієнтами у кризових станах	160
3.4. Особливості роботи психолога з клієнтами із суїцидальними намірами.....	167
3.5. Особливості роботи з клієнтами, які переживають втрату....	172
3.6. Особливості роботи психолога з невиліковно хворими клієнтами.....	175
3.7. Особливості роботи психолога з клієнтами, що зазнали сексуального насилля.....	177
РОЗДІЛ 4. ПРАКТИКУМ З МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОГО КОНСУЛЬТУВАННЯ	187
4.1. Методи дослідження в клінічній психології.....	187
4.2. Психодіагностика пізнавальних процесів.....	191
4.3. Діагностика особистості хворого.....	207
СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ	311
ДОДАТКИ	316

ВСТУП

Видання стосується ключових аспектів клінічної психології, медико-психологічного консультування, розкриває особливості діяльності практичного психолога, основні методи психологічної діагностики в клініці, містить стислий зміст та інтерпретацію найбільш відомих адаптованих вітчизняних та зарубіжних методик.

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

Перший та другий розділи навчального посібника знайомлять із особливостями організації медико-психологічного консультування, техніками психологічного консультування, роботою практичного психолога в клініці, формами та змістом роботи практичного психолога. Особливу увагу приділено деонтологічним аспектам діяльності фахівця, взаєминам у лікувально-діагностичному процесі, взаємодії в системі «психолог – медичний працівник – пацієнт», представлено основні методи роботи психолога в клініці.

У третьому розділі посібника розглянуто актуальні питання консультування особливих категорій клієнтів. Адже невід'ємною складовою частиною загального процесу підготовки спеціаліста є реальне входження студента у світ професії психолога.

Метою четвертого розділів навчального посібника є забезпечення студентів спеціальності «Психологія» необхідним психодіагностичним інструментарієм для вивчення особистості хворого та його близького оточення. Наукове використання психодіагностичних методів є можливим лише за умови наявності психологічних знань, компетентності в галузі теорії та практики психодіагностичного дослідження. Кожна методика має вказівки щодо її використання, інструкцію, власне тест (опитувач) чи його опис, алгоритм обробки даних і оцінки результатів.

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

Бажаємо успіхів!

ПСИХОЛОГІЧНЕ КОНСУЛЬТУВАННЯ У ПРАКТИЧНІЙ ДІЯЛЬНОСТІ ПСИХОЛОГА-КОНСУЛЬТАНТА

1.1. Психологічне консультування як вид психологічної допомоги в клініці

Психологічне консультування є галуззю практичної психології, яка пов'язана з наданням спеціалістом-психологом безпосередньої психологічної допомоги людям, що її потребують. Воно спрямоване на підтримку особистості, яка розвивається, і є частиною роботи практичного психолога.

Термін «консультація» походить від латинського *consultare*, що означає радитися, турбуватися. Метою психологічного консультування є турбота про особистість, яка перебуває в безперервному процесі становлення і росту. Консультування допомагає людині адекватно сприймати себе, інших і життєві ситуації, змінювати систему внутрішньоособистісних і міжособистісних взаємин.

У вітчизняній психології загальноприйнятим є розуміння психологічного консультування як виду психологічної допомоги здоровим людям у складній життєвій ситуації. Однак разом з тим у деяких працях сучасних науковців термін «психологічне консультування» вживають як синонім до понять «психотерапія» (позамедична модель) і «психологічна корекція», оскільки вказані поняття, на думку авторів, тотожні як за змістом (використання групової динаміки, особливостей контакту консультанта і клієнта, спеціальних технік), так і за кінцевою метою – створення сприятливих умов для повноцінного особистісного розвитку, спілкування, загалом життя тих, хто звертається за допомогою. Цікавими є підходи до обґрунтування деякими авторами означених феноменів, які, не заперечуючи близькості за змістом понять «психологічне консультування» і «психотерапія», вважають що професійні дії психолога-консультанта і психотерапевта у цих різних сферах допомоги людям мають суттєві відмінності, що зумовлюються передусім мірою відповідальності спеціаліста за стан клієнта.

Існує ще одна позиція, згідно із якою консультування зорієнтоване переважно на допомогу клієнтові в реорганізації його міжособистісних стосунків, у той час як психотерапевтичний вплив спрямований насамперед на розв'язання глибинних особистісних проблем людини, покладених в основу більшості життєвих труднощів і конфліктів.

Отже, розмежування понять «психологічне консультування» і «психотерапія» тут здійснюється за ознаками відмінностей у змісті роботи, яку виконують психолог-консультант і психотерапевт, що зумовлює різні вимоги до ступеня їхньої психологічної підготовки.

Консультативна діяльність соціально-психологічної служби за своїми завданнями наближена до просвітницької та профілактичної і є однією з важливих форм їхнього проведення.

Разом із тим консультування – це специфічний вид практичної роботи психолога, що характеризується особливими формальними і змістовими ознаками.

Мета та завдання психологічного консультування

Метою психологічного консультування є турбота про особистість, яка перебуває в безперервному процесі становлення і росту; допомога клієнтові в усвідомленні його проблеми та в пошуку шляхів і способів її якнайшвидшого розв'язання. Ця мета передбачає виконання таких *завдань*:

по-перше, психолог має уважно вислухати клієнта. Важливість цього аспекту діяльності консультанта підкреслюється в усіх відомих працях із психологічного консультування. Максимально терпляче, з використанням спеціальних прийомів вислуховування клієнта допомагає психологові не лише близько ознайомитися з ним та його проблемою, а й допомагає клієнтові краще усвідомити свою ситуацію, дає йому полегшення і, в результаті, значною мірою визначає ефективність консультативної роботи;

по-друге, у процесі консультування психолог розширює уявлення клієнта про себе, свою конкретну життєву ситуацію, про навколишню дійсність. Саме так здійснюється корекційний вплив психолога на клієнта, внаслідок чого останній починає по-новому бачити й оцінювати свою ситуацію, формулює альтернативні варіанти поведінки в ній;

по-третє, психолог проводить консультацію, і при цьому має на увазі, що його клієнт – здорова людина, яка відповідає за себе і свої стосунки з оточенням. Але досягти того, щоб сам клієнт узяв на себе

відповідальність за те, що з ним відбувається, – нелегке завдання, оскільки клієнти психологічної консультації, як правило, звинувачують у своїх життєвих труднощах когось іншого.

Ефективність психоконсультативної роботи практичного психолога-консультанта багато в чому залежить від того, як він вирішує найважливіші завдання, як вислуховує клієнта й розширює його уявлення про себе і власну ситуацію.

Справжньою проблемою багатьох людей, які звертаються за допомогою до психолога, є те, що вони практично не мають із ким поговорити відверто, розповісти, не приховуючи, усе, що тривожить і турбує у складних життєвих ситуаціях.

Уже те, що консультант може їх уважно вислухати й зрозуміти, – надзвичайно важливо, і це саме по собі сприяє певним позитивним змінам. Крім того, спокійна і вдумлива розмова з фахівцем дає змогу довідатися й зрозуміти про себе і про оточення багато нового, що також є цінним, оскільки може слугувати предметом для роздумів про себе і людей, сприяє розширенню уявлень про людину та її оточення. Для клієнта, який звертається за допомогою до психолога, такий результат може виявитися важливим не лише з погляду підвищення його психологічної стабільності, але також послужити підставою для звернення до консультанта за подальшою допомогою до інших фахівців, якщо це потрібно.

Конкретні завдання визначаються для будь-якого процесу психологічного консультування, що складає його специфіку.

На думку Б. Немова, доцільно в попередньому, орієнтовному визначенні завдань психологічної допомоги вирізнити кілька предметних перспектив, домінант, які створюють ефект панорамного бачення такого складного психосоціального простору, як консультативна практика.

Першою з таких предметних перспектив, уважає автор, безсумнівно є особистість. У конкретній соціальній, міжособистісній або онтогенетичній ситуації людина, що звернулася за допомогою, заздалегідь не лише припускає, а й певною мірою приписує психологові-консультанту або іншому спеціалістові в цій професійній позиції, врахування всього спектру особистісної проблематики, одне чи декілька завдань якої доведеться йому допомогти вирішувати.

Це можуть бути завдання: самовизначення (ідентичності), вибору (прийняття рішення), самоусвідомлення (особистісної рефлексії); подолання критичної (кризової) ситуації та інші завдання, що

стосуються розвитку суб'єктності, розвитку функціональних та екзистенційних начал особистісного «Я». Чи не найсуттєвішим моментом тут є те, що цілі та завдання може визначати сам клієнт.

Наступна безсумнівна домінанта – безпосередньо сам процес надання психологічної допомоги, де самостійними завданнями, що забезпечують допоміжний потенціал процесу, виступають: установлення стосунків довіри та прийняття; забезпечення належної динаміки робочих стосунків, що веде до усвідомлення та можливого розв'язання психологічних проблем клієнта; опрацювання або, навпаки, – зняття психологічних захистів; визначення й використання ступеня впливу на клієнта (від мінімального, що обмежується простою емпатією, до максимального, як у конфронтації або в техніці НЛП). Самостійними завданнями тут є визначення форм і технік ведення початкового інтерв'ю, термінів спільної роботи та методів завершення психологічної допомоги.

Третя група завдань стосується психологічної допомоги суспільству (колективу підприємства, установи та ін.) і полягає в наданні допомоги під час вирішення певних завдань адекватного орієнтування в ситуації, ідентифікації та локалізації (за потреби) конфлікту, знятті соціально-психологічного напруження, допомозі в ціннісно-смысловій переорієнтації групи, підвищення (за потреби) згуртованості та допомога у визначенні лідера.

Найважливіші завдання, що постають перед професіоналом, – це завдання, які стосуються вже не безпосередньо процесу психологічної допомоги, а його (професіонала) власного особистісного розвитку та благополуччя, професійної майстерності. Немає, мабуть, необхідності наголошувати, що недостатнє опрацювання особистісних проблем (фрустрованих або нереалістичних потреб, фантазій, страхів, конфліктів, захистів, ціннісних смислів, самооцінок, мотивів та ін.) і недостатня професійна (технічна й теоретична) підготовка легко можуть замість психологічної допомоги травмувати і клієнта, і консультанта, додавши до нерозв'язаних проблем психогенні розлади.

Принципи психологічного консультування

Багато професій мають свої принципи й вимоги, реалізація яких є обов'язковою для фахівців. Зокрема, у ряді країн світу існують етичні кодекси психолога, що визначають діяльність професіонала (*Ethical Principles of Psychologists, 1981*). Для тих же, хто безпосередньо працює з людьми у сфері психологічного впливу, ці норми ще

жорсткіші й суворіші, ще більше вимог і обмежень накладають вони на психолога-практика, (*Speciality Guidelines for the Delivery of Services by Counseling Psychologists, 1981*).

Однак не завжди є однозначні і прості відповіді на етичні й моральні проблеми, що виникають у психологічній практиці. Про етичні принципи психологічного консультування й психотерапії написано багато праць, у яких докладно обговорюються складні ситуації, у тому числі, як поводитися консультантові, якщо в ході прийому він довідається, що його клієнт задумує якийсь асоціальний учинок, якщо він бачить сліди побоїв і насильства на тілі дитини, або якщо батьки хочуть отримати більше інформації про свою дитину-підлітка, з якою було втрачено позитивні стосунки і т. д. Недотримання професійних принципів і вимог у деяких країнах (наприклад, у США) може призвести до того, що психолог позбавляється диплома, права на практику і т. ін.

У нашій країні також існують певні принципи психологічної допомоги, які поширюються й на сферу консультування і є необхідною умовою успішності цієї діяльності. Дотримання їх не лише гарантує етичність професійної діяльності, але і є запорукою успішності психологічного впливу. Зупинимось докладніше на деяких етичних вимогах, розгляд яких, на наш погляд, є особливо важливим.

Принцип добровільності означає, що зазвичай клієнт сам звертається до психолога, оскільки суб'єктивно відчуває труднощі у своєму житті, сам прагне допомоги і шукає її, тобто він мотивований до прийняття психологічної допомоги.

Принцип доброзичливого і безоцінкового ставлення до клієнта визначає виявлення теплоти й поваги, уміння прийняти клієнта таким, яким він є, не оцінюючи і не засуджуючи його норми і цінності, стиль життя, поведінку.

Повага до клієнта та його проблеми виявляється і в реалізації іншого принципу психологічної допомоги – *забезпечення конфіденційності зустрічі*. Цей принцип означає, що психолог зберігає в таємниці все, що стосується клієнта, його особистих проблем і життєвих обставин (за винятком випадків, коли йдеться про загрозу для життя і здоров'я клієнта чи інших людей, про що психолог має повідомити відповідні установи і про що клієнта попереджають на початку роботи).

Принцип професійної вмотивованості консультанта свідчить, що він захищає інтереси клієнта, а не інших осіб чи організацій, не приймає сторону жодного з учасників конфлікту, уникає упередженого ставлення.

Ще одним важливим принципом є *відмова психолога від порад і рецептів*, оскільки він не може брати на себе відповідальність за життя іншої людини; його завданням, як уже зазначалося, є посилення відповідальності клієнта за те, що з ним відбувається, спонукання його до активності в аналізі проблеми, у пошуку виходу з кризи.

I. Цимбалюк виділяє такі принципи психологічного консультування:

– *доброзичливе й безоцінкове ставлення до клієнта*, який припускає використання цілого комплексу професійної поведінки, спрямованої на те, щоб під час прийому клієнт почував себе спокійно й комфортно. Доброзичливе ставлення – не просто відповідність загальноприйнятим нормам поведінки, але й уміння уважно слухати, надавати необхідну психологічну підтримку, не засуджувати, а намагатися зрозуміти й допомогти кожному, хто звертається за допомогою.

– *орієнтація на норми й цінності клієнта*, який передбачає, що психолог під час своєї роботи повинен орієнтуватися не на соціально прийнятні норми і правила, а на ті життєві принципи й ідеали, носієм яких є клієнт. Ефективний вплив можливий лише завдяки орієнтації на систему цінностей самого клієнта. Критичне ж ставлення консультанта може призвести до того, що, прийшовши на прийом, людина замкнеться, не зможе бути щирою й відкритою, а отже, і можливості консультативного впливу виявляться практично не реалізованими. Приймаючи ж цінності клієнта, поважаючи їх і віддаючи їм належне, консультант зможе впливати на них у тому випадку, якщо вони є перешкодою на шляху нормального функціонування людини.

– *анонімність* є найважливішою умовою психологічного консультування є його анонімність. Це значить, що будь-яка інформація, повідомлена клієнтом психологові, не може бути передана без його згоди ні в які громадські або державні організації, приватним особам, у тому числі родичам або друзям. З цього правила існують винятки (про які клієнта завжди попереджають заздалегідь), спеціально обумовлені законом у багатьох країнах. У нашій країні

таким винятком, мабуть, можна вважати ситуацію, коли психолог довідується під час прийому про серйозну загрозу життю клієнта. Але, звичайно ж, навіть у цій ситуації його дії повинні бути максимально обережними і співвідноситися з інтересами клієнта.

– розмежування особистих і професійних стосунків.

Існує чимало дуже досвідчених і професійних консультантів, що потрапляли в пастку, переходячи з клієнтами на дружні стосунки або намагалися надавати професійну допомогу своїм друзям і найближчим родичам. Цей шлях приховує у собі чимало небезпек і не лише тому, що будь-які рекомендації й одкровення з близькими легко знецінюються, але і за багатьма іншими причинами; про деякі з них буде сказано нижче.

У психологічному консультуванні, як і в психотерапії, існують два суттєвих поняття, що мають велике значення для роботи з пацієнтами:

а) «перенесення», тобто схильність клієнта переносити і проектувати на психолога і стосунки з ним свої стосунки зі значимими людьми, основні проблеми і конфлікти;

б) «контрперенесення» – проектування психологом своїх стосунків зі значимими людьми й основних внутрішніх проблем й конфліктів на стосунки з клієнтом. Ці поняття, введені в психоаналіз З. Фрейдом, означають, що будь-які людські стосунки і навіть такі «спеціальні» стосунки, що складаються в межах консультування чи психотерапії, знаходяться під впливом внутрішніх особистих потреб і бажань людини, які вона найчастіше не усвідомлює. Більше того, навіть професіонал-психолог часто виявляється «обеззброєним» контрперенесенням. Саме для того, щоб усвідомлювати для аналізу своє контрперенесення, як, утім, і деякі інші особистісні і міжособистісні феномени, для психолога-початківця існує обов'язкова вимога поєднання свого власного аналізу з довготривалою роботою із супервізором.

Але важко очікувати, що людина, яка не отримала спеціальної й поглибленої підготовки, зможе успішно працювати з цими надто складними явищами. Для консультанта достатньо розуміти, що збереження його авторитету для клієнта багато в чому пов'язане з тим, що останній мало знає про нього як про людину, у нього немає підстав як для захоплення психологом, так і для засудження його як особистості.

Установлення тісних особистих стосунків між консультантом і клієнтом призводить до того, що вони, як близькі люди, починають задовольняти ті або інші потреби і бажання один одного і консультант уже не може зберегти об'єктивну й відсторонену позицію, необхідну для ефективного вирішення проблем клієнта.

Десятиліття тому в закордонній практичній психології активно дискутувалися й аналізувалися різні наслідки вступу клієнта й консультанта (психолога й пацієнта) в особисті, серед них і сексуальні стосунки, а також можливі впливи цього фактора на процес терапії. Різних точок зору було безліч. Але загальний висновок, до якого призвели ці дискусії, один: за можливості особистих стосунків краще уникати, а якщо щось подібне все-таки трапляється, тоді варто бути максимально обережним, намагатися діяти насамперед в інтересах клієнта і якомога швидше перервати процес консультування або психотерапії.

– залучення клієнта до процесу консультування.

Щоб процес консультування був ефективним, клієнт під час прийому повинен почуватися максимально залученим до бесіди, яскраво й емоційно переживати все, що обговорюється з консультантом. Для цього психолог повинен стежити, щоб розвиток розмови був для клієнта логічним і зрозумілим, а також, щоб людина не просто «слухала» фахівця, а їй було справді цікаво. Адже лише в тому випадку, якщо зрозуміло і цікаво усе, що обговорюється, можна активно шукати шляхи вирішення своєї проблемної ситуації, переживати й аналізувати її.

Буває так, що під час прийому клієнт раптом утрачає інтерес до обговорюваної теми, стомлюється, внутрішньо не погоджується, але не хоче говорити про це. У цій ситуації не варто «нагнітати атмосферу», наполягати, намагатися з'ясувати все до кінця. Краще, якщо психолог змінить тему, пожартує й у такий спосіб «розрядить обстановку», зберігши за рахунок цього інтерес клієнта до процесу консультування і тим самим забезпечить продуктивність психологічного впливу.

– прийняття клієнтом відповідальності за те, що з ним відбувається

У ході консультації локус скарги клієнта повинен бути переведений з інших на себе. Без вирішення цього завдання досягти реальних результатів не можна. Лише коли людина відчуває свою провину і відповідальність за те, що відбувається, вона буде дійсно

намагатися змінитися і змінити свою ситуацію, в іншому випадку вона буде лише очікувати допомоги й змін із боку оточення.

Буває і так, що за час прийому психолог встигає зробити лише одне – показати клієнтові, що він сам, хоча б почасти, сприяє тому, що його проблеми й стосунки з людьми мають такий складний і негативний характер. Але це зовсім не означає, що консультація була невдалою. Навпаки, у такій ситуації консультант домігся найважливішого результату; адже, усвідомлюючи свою відповідальність за ситуацію, людина може сама вирішити, як їй необхідно поводитися, щоб у її житті відбулися позитивні зміни. Хоча, звичайно, допомога психолога у визначенні того, що саме і як можна змінити в цій ситуації, звичайно, є досить корисною.

Скажімо, людина, яка прийшла на психоконсультативний прийом, із самого початку заявляє: «Я сама в усьому винна». Але, на жаль, найчастіше подібна заява не свідчить про щире розуміння міри своєї відповідальності, а є лише своєрідним кокетством, і, звичайно, те, як клієнти розуміють свою провину за те, що відбувається, мало пов'язане з реальними особливостями ситуації.

Але навіть якщо з того, як людина говорить, видно, що вона розуміє й приймає відповідальність за те, що відбувається, її уявлення про те, що і як відбувається у стосунках з оточенням, передусім дещо поверхове. У такому випадку консультантові не слід боятися, що розмова про прийняття провини й відповідальності буде зайвою. Навпаки, тому, хто дійсно розуміє і приймає факт свого впливу на події власного життя, обговорення цього з психологом може бути тим більше корисним, оскільки для такої людини уточнення деталей взаємин зумовить те, що в її поведінці й стосунках із людьми відбудуться значні зміни.

Існують, звичайно, ситуації, у яких обговорювати проблеми провини й відповідальності з клієнтом не варто. Такими, зокрема, є випадки, коли він приходить на консультацію, переживаючи горе або серйозну особисту втрату, наприклад, пов'язану зі смертю когось із близьких. У стані горя люди часто схильні брати на себе невинувато велику відповідальність і провину перед тими, кого з ними немає і ніколи не буде, вважаючи себе причетними до їхньої смерті. У такій ситуації робота консультанта повинна бути спрямована на те, щоб скоригувати неадекватні уявлення, зняти зайвий вантаж провини й відповідальності з клієнта.

– Позиція консультанта стосовно клієнта.

Вищенаведені принципи психологічної допомоги визначають позицію психолога-консультанта стосовно клієнта, тобто уявлення про мету й завдання роботи, стиль стосунків із клієнтом, етику консультування.

Найбільш традиційною у консультуванні є позиція рівності і партнерства стосовно клієнта, хоча й у цьому випадку спрямовальна й визначальна роль залишається за психологом.

А взагалі існує три варіанти позиції консультанта:

- позиція «зверху», коли сильний, мудрий, досвідчений консультант, так би мовити, простягає руку допомоги слабкому, дезадаптованому, недосвідченому клієнтові;

- позиція «на рівних», яка передбачає зняття дистанції між консультантом і клієнтом, їхню взаємну відвертість, обмін особистісними проблемами і надає консультації характеру буденної розмови;

- позиція «радника», за якої консультант виступає як особа, більш компетентна у проблемі клієнта, що допомагає розібратися в ній, знайти шляхи подолання труднощів. Якщо дотримуватися згаданих принципів психологічної допомоги, остання позиція видається найбільш адекватною. В етичному плані вона характеризується відсутністю оцінок, відмовою від прямого виховного тиску, намаганням створити атмосферу довіри, доброзичливості, співчуття.

У випадку рівності позицій із психологом у процесі консультування клієнт почуває себе повноправним партнером і тому активно й продуктивно працює нарівні з психологом. У нього немає підстав для приховування або спотворювання будь-якої інформації про себе, оскільки консультант відкритий, не оцінює і не засуджує співрозмовника. По суті, у позиції рівності і сам консультант не лише уразливий стосовно клієнта, оскільки чим авторитетніша людина, тим більше вимог і очікувань ставиться до неї, тим складніше відповідати їм. Звичайно, займаючи позицію рівності, консультант не лише виграє, але і втрачає: адже до авторитета, який займає позицію «зверху», більше прислухаються. Саме в незаперечному авторитеті є секрет успіху багатьох гіпнотизерів – і дійсних професіоналів, а також і шарлатанів.

Не слід уявляти позицію психолога під час прийому і його поведінку як щось застигле, незмінне. Справжній консультант-професіонал – це багато в чому актор, який уміє в разі потреби

зайняти позицію «зверху», говорячи про щось із непохитним знанням і авторитетом, або «знизу», заграючи з клієнтом, прагнучи підвищити його самооцінку, наголосити на його знаннях й авторитеті.

– *Проблематика психоконсультативної допомоги.*

Аналіз літератури та проблематики консультування дає змогу виокремити такі головні сфери застосування психологічного консультування:

1. Психічний (та духовний) розвиток дитини. Спеціальними проблемами тут є: психологічна допомога дитині в подоланні Едіпового комплексу, задоволення емоційних запитів у набутті особистісної ідентичності в процесах культурного, етнічного та етичного самовизначення; психологічна допомога в уникненні емоційних травм при усвідомленні невідворотності смерті або у випадку справжньої втрати батьків та близьких родичів: сприяння у виробленні стійких ціннісних та моральних норм, особливо в критичний період розвитку та ін.

2. Екзистенційні та особистісні проблеми підлітка. Головний напрям роботи в цій галузі – допомога в подоланні кризи психологічного відокремлення від батьків та ідентифікація підлітка з іншими значимими для нього особами. Насправді психолог-консультант стикається тут з усім можливим спектром проблем підліткового віку – почуттям неповноцінності, усвідомленням обмежених можливостей батьків, сексуальними проблемами, боротьбою за особистий та соціальний статус, процесами трансформації інфантильної релігійної свідомості та ін.

3. Шлюб та сім'я. Інститут подружнього життя лишається однією з найнасиченіших сфер діяльності психологів-консультантів та сімейних психологів. Подружні та батьківські конфлікти, сімейні кризи, стосунки в родині – звичні проблеми в цій галузі. Традиційні вже 50 % розлучень у перших шлюбах на додачу до звичних проблем дошлюбного консультування, звичайної сімейної та подружньої психотерапії за останні десятиліття висувують на одне з найважливіших місць також проблематику психологічної допомоги розлученим, незаміжнім та неодруженим, так само, як і консультування та психологічну підтримку під час укладання нових шлюбів.

4. Проблематика психічного та особистісного здоров'я. Традиційна превентивна та поточна допомога у випадках психічних та соматичних захворювань, душевних та духовних страждань,

пов'язаних із розладами настрою, алкоголізмом, наркоманією, життєвими стресами, конфліктами, пограничними станами та ін.

5. Проблеми людей похилого віку. Вироблення адекватного їхньому віку світосприйняття, задоволення емоційних запитів літніх людей, реагування на релігійні проблеми, регулярний патронаж та консультування в організації відповідного стилю й способу життя.

6. Місця ув'язнення, лікарні, казарми, студентські містечка – давно вже освоєні галузі психоконсультативної роботи, де проблеми особистості, спілкування, психічного стану, а також духовності є не лише звичні, але й такі, що вимагають постійних зусиль у цій галузі.

7. Психологічна допомога та підтримка у кризових ситуаціях – це консультування рідних та близьких у випадках несподіваної смерті, спроби суїциду, зґвалтування, зради, втрати коханої людини, роботи та ін.

8. Шкільне консультування, що охоплює проблеми стосунків учителя та учня, учнів між собою, питання стосунків із батьками, шкільної успішності, розвиток здібностей, відхилення в поведінці та ін.

9. Професійне консультування, що містить у собі й звичайне орієнтування у виборі тієї чи іншої професії, і окремі питання: як скласти резюме, як і де отримати іншу професію, де знайти роботу за своїми можливостями та ін.

10. Психологічна допомога, що стосується крос-культурної проблематики: бар'єри в адаптації, подолання етнічних забобонів та стереотипів у емігрантів, нарешті, самостійна проблема підготовки консультантів для роботи з етнічними меншинами, що усуває небезпеку ставлення професіонала до клієнта не як до особи, а як до представника етносу або раси.

11. Управлінське консультування (консультування в організаціях), започатковане в 70-ті роки, і донині цей вид суспільно-психологічної допомоги має широкий спектр можливостей, що містять: допомогу в прийнятті управлінських рішень, тренінг комунікативних умінь, відстежування та розв'язання конфліктів, робота з персоналом та ін.

Види психологічного консультування

Деякі суттєві характеристики психологічного консультування (розв'язувані проблеми, форми роботи, її тривалість та ін.) доцільно розглядати в ході вирізнення й опису його видів.

Ці види можна розрізнити за:

а) тривалістю роботи (разова консультація, короткострокове консультування, середньотривале консультування);

б) орієнтованістю допомоги (на дорослого, дитину, сім'ю, батьків, учителів тощо);

в) характером допомоги (просвітницько-рекомендаційна, діагностична, власне психологічна).

У реальній практиці перелічені видові ознаки тісно пов'язані між собою: тривалість роботи, її зорієнтованість дуже часто залежать від характеру допомоги, який зі свого боку визначається особливостями проблеми клієнта. Тому опис видів психологічного консультування доцільно здійснювати, узявши за основу якусь одну з ознак. У цьому випадку такою ознакою буде тривалість роботи.

На думку І. Цимбалюка, приблизно 35 % із загальної кількості звернень становлять консультації, які включають одну-дві зустрічі, 40 % – такі, що складаються з трьох-семи зустрічей, і лише в 10 % випадків зустрічі тривають упродовж року.

Як бачимо, значну частину випадків психологічної допомоги складає разове та короткострокове консультування. Це пояснюється не лише професійними потребами, а й особливостями клієнтів, котрі не мають культуральних стереотипів, що б спонукали їх до тривалої регулярної роботи з психологом, спрямованої на глибоку перебудову їхнього внутрішнього світу. Отож, наші фахівці мають бути готовими до проведення консультативної роботи у досить стислі строки.

Разова консультація. Вона проводиться у випадках, коли більш тривала робота з людиною з якихось причин виявляється недоцільною або неможливою. Тривалість її – 45–60 хвилин.

Така консультація відбувається, по-перше, тоді, коли клієнт звернувся до психологічної служби помилково, оскільки йому насправді потрібна медична, юридична чи соціальна допомога.

Короткотермінове консультування. Цей вид психологічної допомоги здійснюється упродовж трьох-чотирьох зустрічей, кожна з яких триває приблизно годину.

Типовим варіантом такої роботи є випадки, коли клієнт потребує консультації просвітницько-рекомендаційного або діагностичного характеру. Досвід показує, що такі консультації проводяться переважно для молодих людей, що збираються брати шлюб; молодих сімей, які переживають перші труднощі в подружньому житті; батьків, котрі відчувають безпорадність у вихованні дітей; для

підлітків та юнаків, які бажають краще пізнати себе, визначитися професійно.

В усіх цих випадках консультування будується на основі психодіагностичного обстеження клієнта, а інколи і його близьких.

Середньотривале консультування. Цей вид психологічної допомоги включає 10–15 зустрічей. Як правило, продовження зустрічей з клієнтом і перехід від короткотермінового консультування до середньотривалого і далі означають, що розпочинається більш глибока психокорекційна чи психотерапевтична робота.

1.2. Психологічне консультування і особистість консультанта

До психологічного консультування, як і до практичної діяльності психолога, пред'являється певна система загальних, професійних і морально-етичних вимог, які знайшли своє відображення в кодексах професійної етики практичних психологів:

- професійна діяльність психолога-консультанта характеризується його особливою відповідальністю перед клієнтом за ті рекомендації, які він йому пропонує;

- практична діяльність психолога-консультанта повинна опиратися на відповідні морально-етичні та юридичні основи;

- діяльність психолога-консультанта спрямована на досягнення виключно гуманних цілей, що передбачають зняття будь-яких обмежень на шляху інтелектуального та особистісного розвитку клієнта;

- свою роботу психолог-консультант будує на основі безумовної поваги, гідності та недоторканості особи клієнта. Він поважає людські права, що визначаються всесвітньою Декларацією прав людини.

- у роботі з клієнтом психолог-консультант керується принципами чесності та відкритості;

- психолог-консультант зобов'язаний доводити до відома колег, членів своїх професійних об'єднань про помічені ним порушення прав клієнта, про випадки негуманного ставлення до клієнтів;

- психолог-консультант має право надавати лише ті послуги клієнтам, щодо яких він має відповідну освіту, кваліфікацію, знання та вміння;

– у своїй роботі психолог-консультант повинен застосовувати лише апробовані методики, що відповідають новітнім науковим стандартам;

– обов'язковим складником роботи психолога-консультанта є постійне підтримання на високому рівні своїх професійних знань та вмінь;

– психолог-консультант не має права розголошувати або передавати третім особам дані про своїх клієнтів або про результати їхнього консультування;

– психологові-консультанту потрібно бути обережним, щоб не викликати безпідставних надій та очікувань з боку клієнта, не давати йому обіцянок, порад та рекомендацій, які не можна буде виконати;

– психолог-консультант несе особисту відповідальність за збереження в таємниці інформації, що стосується клієнта.

Дотримання всіх цих правил та етичних норм є обов'язковим у практичній роботі психолога-консультанта.

Майже в усіх теоретичних системах найважливішим засобом впливу є *особистість* консультанта. З. Фрейд серед основних критеріїв успішності консультанта визначав спостережливість та вміння проникати в душу клієнта. На його думку, основна техніка психологічного консультування – це «я - як інструмент», тобто основним засобом, який стимулює вдосконалення особистості клієнта, є особистість консультанта.

Слід зазначити, що ніхто не народжується консультантом. Потрібні якості не є вродженими, а розвиваються протягом життя.

Не применшуючи значення теоретичної та практичної підготовки, більшість авторів схильні надати перевагу особистості консультанта.

Яким же має бути поєднання властивостей особистості, яке найбільшою мірою забезпечувало б успіх консультування? Національна асоціація професійної орієнтації США виділяє такі якості:

– прояв глибокого інтересу до людей і терпіння у спілкуванні з ними;

– чуттєвість до установок і поведінки інших людей;

– емоційна стабільність і об'єктивність;

– здатність викликати довіру інших людей;

– повага до прав інших людей.

Комітет за наглядом і підготовкою консультантів США встановив такі якості, потрібні консультантові:

- довіра до людей;
- повага до цінностей іншої особистості;
- проникливість;
- відсутність упереджень;
- саморозуміння;
- усвідомлення професійного обов'язку.

L. Wolberg акцентує на таких якостях: чуйність, об'єктивність (неототожнення себе з клієнтами), гнучкість, емпатія і відсутність власних серйозних проблем. Особливо шкідливими для консультанта рисами він вважає авторитарність, пасивність, залежність, замкнутість, схильність використовувати клієнтів для задоволення своїх потреб, невміння бути терпимим до різних схильностей клієнтів, невротичну установку щодо грошей.

На думку Р. Немова, психолог-консультант повинен бути наділений відповідними якостями, які він має проявляти у спілкуванні з клієнтами, як от:

1. Здатність до емпатії, співчуття. Під цією властивістю розуміють уміння глибоко психологічно проникати у внутрішній світ іншої людини – клієнта, розуміти його, бачити те, що відбувається, з його особистих позицій, сприймати світ його очима, приймати як допустиму і правильну його точку зору.

2. Відкритість. Намагаючись зрозуміти клієнта, проникнути в його внутрішній світ, психолог-консультант відверто повідомляє йому про свої особисті почуття, викликає з його боку емпатійну реакцію і тим самим робить клієнта відкритим для себе.

3. Прояв особистого піклування про клієнта за допомогою співпереживання, співчуття йому, а також жестів, міміки, пантоміміки.

4. Доброзичливість. Добре, емоційно позитивне ставлення до клієнта, особиста зацікавленість й участь у вирішенні його проблем.

5. Безоцінне ставлення до клієнта, у тому числі до дотримання з його боку тих моральних, етичних норм, якими він керується у своїй поведінці, навіть якщо ця поведінка консультантові не імпонує.

6. Відмова від повчань, нав'язування клієнтові своїх порад.

7. Довіра до клієнта, віра в його здатність та можливість самостійно справлятися зі своєю проблемою.

8. Готовність та прагнення консультанта не стільки позбавити клієнта від своїх переживань, скільки спрямувати його переживання в конструктивне русло.

9. Уміння тримати оптимальну психологічну дистанцію між собою і клієнтом.

10. Уміння вселяти в клієнта впевненість та рішучість.

Дослідження якостей особистості, потрібних консультантові, дає змогу наблизитися до моделі *особистості ефективного консультанта*. Йдеться, звичайно, про «рухливу» модель, оскільки кожен консультант має змогу її доповнити.

На думку ряду авторів, основу цієї моделі можуть скласти такі фактори:

1) *Аутентичність*. Певною мірою узагальнює більшість властивостей особистості. Перш за все це прояв щирості стосовно клієнта. Аутентична людина намагається бути і є сама собою і у своїх безпосередніх реакціях, і в цілісній поведінці. Якщо консультант виконує роль лише технічного експерта, відмежовуючись від своїх особистих реакцій, цінностей, почуттів, консультування буде стерильним, а його ефективність – сумнівною. Аутентичний консультант – найбільш відповідна модель для клієнтів, яка слугує прикладом гнучкої поведінки.

2) *Відкритість власному досвіду*. Відкритість розуміється не в значенні відвертості перед іншими людьми, а як щирість у сприйнятті власних почуттів. Ефективний консультант не повинен заперечувати будь-які почуття, у тому числі й негативні. Тільки в такому випадку можна успішно контролювати свою поведінку, оскільки витіснені почуття стають ірраціональними, джерелом неконтрольованої поведінки. Консультант здатний сприяти позитивним змінам клієнта тільки тоді, коли проявляє терпимість до всієї різноманітності чужих і своїх емоційних реакцій.

3) *Розвиток самопізнання*. Що більше консультант знає про себе, то краще розуміє своїх клієнтів, і глибше розуміє себе. За словами Е. Kennedy, невміння почути, що відбувається всередині нас, збільшує піддатливість стресові і обмежує нашу ефективність, крім того, зростає вірогідність стати жертвою задоволення в процесі консультування своїх неусвідомлених потреб.

4) *Сила особистості та ідентичність*. Консультант повинен знати, хто він такий, ким може стати, чого хоче від життя, що для нього є суттєво важливим і у професійній роботі, і в особистому

житті. Консультантові не слід бути простим відображенням надій інших людей, він повинен діяти, керуючись власною внутрішньою позицією. Це дозволить йому відчувати себе сильним у міжособистісних стосунках.

5) *Толерантність до невизначеності.* Для консультанта найбільш потрібною є впевненість у собі в ситуаціях невизначеності. Насправді, саме такі ситуації й складають основу консультування. Упевненість у своїй інтуїції та адекватності почуттів, переконаність у правильності прийнятих рішень і здатність ризикувати – усі ці якості допомагають переносити напругу, викликану невизначеністю за частотої взаємодії з клієнтами.

6) *Прийняття особистої відповідальності.* Оскільки більшість ситуацій у консультуванні виникають під контролем консультанта, він повинен відповідати за свої дії в цих ситуаціях. Розуміння своєї відповідальності дозволяє вільно й усвідомлено вибирати в будь-який момент консультування, допомагає більш конструктивно сприймати критику, що у цьому випадку слугує корисним зворотним зв'язком, який покращує ефективність діяльності і навіть організацію життя.

7) *Постановка реалістичних цілей.* Ефективний консультант повинен розуміти обмеженість своїх можливостей. Перш за все важливо не забувати, що будь-який консультант, незалежно від професійної підготовки, не всемогутній, він не може допомогти всім клієнтам вирішити їхні проблеми. Той, хто не в змозі визнати обмеженість своїх можливостей, живе ілюзіями, що здатний повністю взнати і зрозуміти іншу людину. Такий консультант постійно звинувачує себе за помилки замість того, щоб брати корисні уроки. У результаті його діяльність є неефективною. Правильна оцінка власних можливостей дозволяє ставити перед собою реальні цілі.

8) *Емпатія.* Це одна з найважливіших рис особистості, якою повинен бути наділений ефективний консультант. Вона передбачає здатність стати на місце іншої людини і побачити навколишній світ таким, яким його бачить вона. Цю якість психолог-консультант повинен проявляти протягом усього процесу консультування і, завдяки цьому, бути здатним краще і глибше розуміти клієнта, ефективніше йому допомагати.

Окрім особистісних якостей, потрібних успішному консультантові, психолог-консультант повинен володіти певними професійними знаннями, вміннями та навичками.

Професійна підготовка психолога-консультанта передбачає володіння:

- необхідними теоретичними знаннями в галузі психології й інших, суміжних з нею, наук;
- знаннями, потрібними для організації та проведення успішного психологічного консультування;
- вміннями в галузі практичного спілкування з клієнтами;
- достатнім досвідом проведення психологічного консультування з різних питань та з різними людьми.

М. Сох відзначає, що «життєвий досвід консультанта інтегрується з наростаючим багажем знань на основі поглибленого самопізнання. Навіть відмінно підготовленому консультантові не однаково легко з усіма людьми, зате йому гарантований душевний комфорт». Розвитку самопізнання сприяє інтенсивний курс індивідуальної та групової терапії, особливо в групах, орієнтованих на вдосконалення особистості.

На думку Р. Немова, кожний консультант до початку професійної діяльності, а також у процесі роботи повинен пройти особистісну терапію, тобто вирішити свої проблеми за сприяння досвідченого професіонала. Досвід особистісної терапії є важливим, по-перше, тому, що консультант, як і будь-яка інша людина, має в своїй особистості «білі плями»: невпізнавані, неусвідомлювані аспекти самотності, внутрішні конфлікти, більш глибоке пізнання і вирішення яких сприяє становленню ефективного консультанта. Тим не менше було б надто крайнім твердження, що, розпочинаючи консультування, слід позбавитися від усіх внутрішніх конфліктів. Важливо розуміти суть конфліктів і як вони впливають на стосунки з клієнтами.

Друга важлива перевага особистісної терапії полягає в тому, що консультант входить у роль клієнта і набуває відповідного досвіду. Як стверджує А. Storr (1980), «лікар наближається до вдосконалення, якщо він теж був пацієнтом».

Особистісна терапія є унікальною можливістю побачити процес консультування очима клієнта. Лише так консультант може відчувати, що таке неспокій, пов'язаний із самоаналізом, що таке переміщення і як воно діє і т. ін., уявити весь спектр душевних переживань, які виникають під час консультування.

Як в індивідуальній, так і в груповій терапії з майбутніми і вже працюючими консультантами важливо також виділити питання,

пов'язані з більш глибоким усвідомленням специфіки професії, звернути увагу на причини і мотиви, що привели до обраної професії. Консультант повинен обміркувати відповіді на такі питання:

- чому я обрав професію консультанта?
- якими потребами зумовлений мій вибір?
- яку користь я намагаюсь отримати від своєї професії?
- як зможу я поєднувати свої потреби з потребами клієнтів?

Можливі й інші питання, які стосуються особистості консультанта і його проблем:

- які у мене проблеми і як я їх вирішую?
- як можуть вплинути ці проблеми на мою роботу?
- якими є мої цінності і як вони відбиваються на стилі консультування?
- яким людям я більше подобаюсь і хто подобається мені?
- кому я не подобаюсь і хто не подобається мені?
- яке враження я справляю на інших людей?

Спроба відповісти на ці питання допоможе краще пізнати і зрозуміти себе, а це означає – стати більш ефективним консультантом.

1.3. Технології та техніки психологічного консультування

Поняття техніки психологічного консультування

Техніка психологічного консультування – це сукупність спеціальних прийомів, які використовують психологи для виконання процедур консультування на кожному з етапів психологічного консультування.

Техніка може бути універсальною, такою, що однаково успішно застосовується на кожному етапі психологічного консультування, і специфічною, відповідаючи тому чи іншому етапу психологічного консультування.

Зустріч клієнта в психологічній консультації

У рамках загальної процедури зустрічі клієнта (перший етап психологічного консультування) психологові-консультантові бажано, вказавши клієнтові на місце, де він сидітиме під час проведення консультації, пропустити його вперед і дати можливість першому зайняти своє місце. Це рекомендується робити для того, щоб попередити виникнення у клієнта почуття розгубленості і

психологічно визначити для нього ситуацію, не ставлячи його в незручне становище, надавши можливість поводитися розкуто і цілком самостійно. Крім того, вже у цей момент, спостерігаючи за тим, як клієнт йде до свого місця, як він сідає і яку при цьому займає позу, психолог-консультант може зробити немало корисних висновків для подальшого успішного проведення консультації.

Якщо психолог-консультант сяде на своє місце першим, то клієнт може сприйняти це як демонстрацію консультантом своєї переваги перед ним, що абсолютно небажано для нормального проведення психологічного консультування. Особливо несприятливо така дія психолога-консультанта може вплинути на проведення психологічної консультації в тому випадку, якщо клієнт виявиться сам авторитетною і досить самолюбною людиною, з підвищеним почуттям власної гідності. У будь-якому випадку психолог-консультант повинен займати своє місце в психологічній консультації або після клієнта, або одночасно з ним.

Декілька слів про належний одяг психолога-консультанта. Багато, щоб він був одягнений непомітно, але зі смаком, не святково, але і не занадто буденно. Психологові-консультантові не рекомендується використовувати спецодяг, наприклад халат лікаря, оскільки це може викликати тривожність у клієнта і непотрібні для психологічної консультації асоціації з медичною установою. Якщо клієнт фізично і психологічно цілком здорова людина, то він може просто образитися на те, що його зустрічають і до нього ставляться як до хворого. Якщо ж він насправді хвора людина, але помилково звернувся не до лікаря, а в психологічну консультацію (наприклад, через те, що йому в медичних установах не змогли надати допомогу, на яку він розраховував), то зустріч людини в халаті знову викличе у нього ті неприємні спогади, які пов'язані з його невдалим минулим досвідом. Внаслідок цього може з'явитися недовіра до спеціаліста-психолога і зневіра в те, що він зможе йому – клієнтові – реально допомогти.

Занадто яскравий одяг психолога-консультанта свідчить про його екстравагантність і часто – про наявність у нього самого проблем психологічного характеру. Це також може негативно сприйнятись клієнтом і викликати у нього недовіру до психолога-консультанта.

З іншого боку, занадто святковий одяг психолога-консультанта може виглядати контрастно порівняно з буденним одягом клієнта, і він у цьому випадку також почуватиметься незручно. Скажімо, у

клієнта може з'явитися відчуття, що в психолога-консультанта в цей час відбувається якась важлива подія, свято і йому не до проблем, які хвилюють клієнта. Це, звісно, не настроїть клієнта на довірливе ставлення до консультанта і на ґрунтовне обговорення з ним того, що хвилює клієнта. Нарешті, занадто простий, недбалий, майже домашній одяг психолога-консультанта може навести клієнта на думку про те, що консультант просто особисто не поважає його.

Техніка, що відноситься до початку бесіди з клієнтом, включає прийоми, які може використовувати психолог-консультант під час особистого знайомства з клієнтом і детального з'ясування його проблеми.

Зустрівшись з клієнтом після того, як він зайняв своє місце і зручно розташувався, психолог-консультант, з уважним і доброзичливим виразом обличчя, може звернутися до нього з такими, наприклад, словами:

«Я радий бачити вас тут. Добре, що ви звернулися до нас. Я сподіваюся, що наша розмова, наша спільна робота буде приємною і корисною справою як для вас, так і для мене. Передусім давайте познайомимося ближче».

Далі психолог-консультант відреккомендується клієнтові і просить його розповісти про себе.

Якщо в процесі монологу клієнта пауза затягується і він не може відповісти на поставлені йому питання, хвилюється або, почавши розмову, раптом перериває її, то психологові-консультантові не рекомендується відразу ж втручатися в ситуацію, що склалася. Консультантові в цьому випадку краще терпляче і доброзичливо чекати, поки клієнт сам не продовжить розмову.

Якщо ж пауза затягується занадто довго і стає зрозуміло, що клієнт потрапив у скрутне становище, не знає, що говорити далі, то психолог має сам звернутися до клієнта, скориставшись, наприклад, такими репліками:

«Я вас уважно слухаю, продовжуйте, будь ласка». «Для нашої з вами плідної роботи мені особисто дуже цікаве все те, про що ви говорили, продовжуйте, будь-ласка».

Якщо і після цього клієнт мовчатиме, то психолог-консультант може його запитати: «Поясніть, будь ласка, чому ви мовчите? Можливо, щось заважає вам говорити? Давайте обговоримо це, і я постараюся вам допомогти».

Якщо клієнт після цього сам продовжить розмову, психолог-консультант зі свого боку повинен буде знову узяти на себе роль терплячого, уважного і доброзичливого слухача і слухати клієнта, не перебиваючи його. Якщо клієнт все ж мовчатиме, відчуваючи труднощі при розмові, хвилюватися, робити занадто великі, не виправдані паузи, не знати, що казати далі, то психологові рекомендується, орієнтуючись на зміст тих питань, які він вже поставив перед клієнтом, або на зміст тих відповідей, які він вже отримав від клієнта на раніше поставлені питання, продовжувати ставити клієнтові навідні питання – переважно такі, на які клієнт міг би легко і вільно відповідати. При достатньому умінні й досвіді психолога-консультанта через систему додаткових питань він зможе досить швидко «розговорити» клієнта, знявши у нього психологічний бар'єр, і отримати від нього потрібну інформацію.

Дуже важливо, щоб, приступаючи до розмови з клієнтом, психолог-консультант сам міг легко і вільно спілкуватися з ним, не відчуваючи труднощів. Інакше його власне хвилювання, напруженість і невпевненість передадуться клієнтові.

Зняття психологічної напруги в клієнта й активізація його розповіді на стадії сповіді

Сповіддю в психологічному консультуванні називається адресована психологові-консультантові детальна, щира, емоційно насичена розповідь клієнта про себе і про свою проблему.

Створити сприятливу психологічну атмосферу для сповіді клієнта, окрім описаних прийомів, які використовуються в основному на початку проведення психологічного консультування, можна також за допомогою таких практичних дій психолога-консультанта, що виконуються вже під час проведення самої сповіді.

1. Вербальна підтримка того, що говорить і робить клієнт під час сповіді – прийом вимагає пояснення. Іноді під час сповіді клієнт може говорити те, з чим психолог-консультант не погоджується, наприклад, висловлювати свої, не цілком обґрунтовані, претензії до психолога-консультанта, до консультації, що проводиться, до обстановки і так далі.

У цьому випадку психолог-консультант не повинен відкрито заперечувати клієнтові, тим більше – починати сперечатися з ним. Більш доречно під час виникнення подібної ситуації вчинити так: визнавши прямо або непрямо, відкрито або мовчки право клієнта на

критику, запропонувати йому відкласти спірні питання й обговорити їх у кінці консультації.

У цьому випадку до клієнта можна звернутися з наступними, наприклад, словами:

«Цілком можливо, що ви, по суті, праві, і я готовий обговорити з вами те, що вас хвилює. Але давайте разом подумаємо, як це краще зробити. Якщо ми зараз перервемо консультацію і перейдемо до обговорення спірних питань, то не зможемо знайти спосіб вирішення основної, тієї, що хвилює вас, проблеми. Тоді я навряд чи зможу вам реально допомогти, оскільки наш з вами час обмежений і буде витрачений на дискусію, яка безпосередньо не стосується вашої проблеми. Я пропоную зробити по-іншому: на час відкласти обговорення спірних моментів, пов'язаних з проведенням консультації, і продовжити роботу за заздалегідь наміченим планом. Потім ми знайдемо додатковий час і обговоримо усі питання, що хвилюють вас».

Якщо клієнт усе ж наполягає на негайному обговоренні цих питань і, більше того, вимагає, щоб поставлені ним питання були вирішені тут і тепер, то консультант-психолог може скористатись одним із наступних способів :

– перервати на якийсь час консультування і постаратись якомога швидше вирішити спірні питання;

– відкласти психологічну консультацію і перенести її на інший, більш відповідний час, коли усі спірні питання будуть вирішені;

– взагалі відмовитися від подальшого проведення психологічної консультації, ввічливо вибачившись перед клієнтом і пояснивши йому, чому консультацію довелося перервати і чому поставлені ним питання не можуть бути вирішені, а претензії – задоволені.

У випадку, коли клієнт говорить психологові-консультантові щось таке, що прямо не стосується умов проведення консультації, але пов'язане з суттю обговорюваної проблеми, консультант може переключитись на розмову з питання, піднятого клієнтом, якщо йому, звичайно, є що сказати клієнтові з цього приводу.

Проте в процесі сповіді все ж не бажано, щоб психолог-консультант виражав свою незгоду з клієнтом. Краще не заперечувати клієнтові, а зробити так: відмітивши про себе і для себе той пункт в діях і висловлюваннях клієнта, який вимагає обговорення і заперечень, продовжувати далі уважно і доброзичливо, до кінця слухати сповідь клієнта. До обговорення ж спірних питань варто

повернутися тільки після того, як консультація буде завершена і прийняте рішення з основної проблеми, що хвилює клієнта.

2. *«Віддзеркалення»* – прийом полягає в непомітному для клієнта повторенні його висловлювань і рухів; «віддзеркалити», зокрема, можна жести, міміку, пантоміміку, інтонацію, наголос, паузи в мові клієнта і т. ін. Віддзеркалення особливо важлива в ті моменти проведення сповіді, коли клієнт кидає швидкоплинні погляди на консультанта, розповідаючи про себе і свою проблему.

3. *«Перефразування»* – коротка, поточна репліка психолога-консультанта, яка вимовляється під час сповіді клієнта і призначена для прояснення, уточнення змісту того, що говорить клієнт.

У разі застосування перефразування психолог-консультант, слухаючи клієнта, під час природніх пауз, що виникають в мові клієнта, коротко, своїми словами, у вигляді тверджень або питань повторює те, що сказав клієнт, і, у свою чергу, чекає від клієнта підтвердження або спростування правильності його розуміння.

Перефразування можна починати, наприклад, словами: «Отже,...», «Ви сказали...», «Чи правильно я вас зрозумів, ви сказали...».

Можна просто повторити останні слова, сказані клієнтом, але в питальній формі, очікуючи, відповідно, від нього підтвердження або спростування правильності сказаних слів.

4. *«Узагальнення»* – прийом, який зовні чимось нагадує перефразування, але належить не до того останнього, що сказав клієнт, а до цілого висловлювання, що складається з декількох суджень або речень. На відміну від перефразування, яке буквально повторює останню думку клієнта, узагальнення є вільною, але досить точною передачею його думки в узагальненій формі.

Узагальнення можна починати, наприклад, з наступних слів: «Отже, якщо узагальнити і в короткій формі виразити те, що ви сказали, то чи можна це зробити так...?», «Якщо підвести короткий підсумок сказаному, то чи можна це передати так...?», «Якщо я вас правильно зрозумів, то зміст сказаного вами зводиться до наступного... Чи це так?»

5. *Прийом емоційної підтримки клієнта* – полягає в уважному вислуховуванні клієнта, зовнішньому вираженні підтримки того, що каже клієнт, у тому числі й у прояві позитивних емоцій, що підкріплюють слова та дії клієнта. Це може бути, наприклад,

вираження клієнтові співчуття, співпереживання, задоволення тим, про що він розповідає.

6. *Прийом постановки клієнтові питань, що стимулюють його мислення, на зразок «Що?» «Як?» «Яким чином?» «Навіщо?» «Чому?».* Його зазвичай використовують тоді, коли психологові-консультанту потрібно щось з'ясувати для себе в думках клієнта, а також тоді, коли сам клієнт відчуває певні труднощі в тому, що і як говорити далі.

7. *Оволодіння і використання в розмові з клієнтом особливостей його мовлення.* Консультант, уважно слухаючи клієнта, намагається вловити особливості стилю його мови, звертаючи увагу на слова, фрази, вирази та звороти, які часто використовує клієнт. Визначивши і засвоївши це, психолог-консультант через деякий час сам починає свідомо користуватися тими ж мовними прийомами в спілкуванні з клієнтом, тобто непомітно для клієнта відтворює особливості його мови.

У результаті між клієнтом і психологом-консультантом виникає психологічна єдність і налагоджується взаєморозуміння. Клієнт, своєю чергою, несвідомо починає сприймати психолога-консультанта як психологічно близьку йому людину і стає більш налаштованим на нього.

Техніка, яка використовується при інтерпретації сповіді клієнта

Для того, щоб зробити правильні висновки зі сповіді клієнта і не помилитися в оцінці його проблеми, а також для того, щоб переконати самого клієнта у правильності інтерпретації його сповіді, психолог-консультант повинен дотримуватися таких правил:

1. *Не поспішати, не квапитися зі своїми висновками.*

Бажано після закінчення сповіді клієнта зробити паузу в спілкуванні з ним тривалістю від 10 до 15 хвилин, заповнивши її якоюсь справою, що дозволяє відволіктися від слухання, поміркувати, зробити висновки. Така перерва потрібна не лише психологові-консультантові, але й клієнтові. За час перерви він зможе відійти від сповіді, заспокоїтися, психологічно налаштуватися на вислуховування консультанта і на конструктивний діалог з ним.

Рекомендується, наприклад, організувати під час такої перерви чаювання, запросивши до участі в ньому клієнта і сказавши йому про те, що під час чаювання можна продовжити розмову про його проблему. Перерва, крім того, дасть можливість психологу-

консультанту зібратися з думками і поставити, якщо потрібно, додаткові питання клієнтові.

2. Консультантові важливо простежити за тим, щоб при інтерпретації сповіді клієнта *не були упушені які-небудь істотні деталі та подробиці*, щоб серед тих фактів, на основі яких будуть зроблені висновки про проблему клієнта і про способи її вирішення, не виявилось таких, які суперечать, не узгоджуються один з одним. Якщо при інтерпретації сповіді це важливе правило не буде дотримано, то протиріччя у фактах неминуче проявляться і в протиріччях у висновках, які виходять з цих фактів.

3. Потрібно також стежити за тим, щоб запропонована інтерпретація фактів *не виявилася односторонньою*, тобто, щоб у ній не було явної переваги якоїсь однієї теорії або інтерпретації перед іншими.

Ця вимога зумовлена тим, що будь-яка з наявних теорій особистості або міжособистісних відносин, яка може бути покладена в основу інтерпретації сповіді, неминуче (за природою найсучасніших психологічних теорій) є неповною і не враховує всі можливі факти.

Для того, щоб на практиці не відбувалося односторонньої інтерпретації сповіді, доцільно ще на етапі загальнонаукової теоретичної підготовки психолога-консультанта, а потім і на етапі набуття ним відповідного професійного досвіду в інтерпретації сповідей клієнтів навчити його вміло користуватися положеннями різних теорій.

4. Зі сказаного випливає такий важливий висновок: будь-яка зі сповідей, якою б вона не була за змістом, *не може мати однієї, єдино можливої інтерпретації*. Таких інтерпретацій обов'язково має бути декілька і, як правило, стільки, скільки існує різних теорій особистості і міжособистісних відносин в психології. Мають на увазі, звичайно, не буквально всі без винятку психологічні теорії, а тільки ті з них, які в розумінні особистості та міжособистісних стосунків взаємно доповнюють одна одну. Пропонованих інтерпретацій, у той же час, не повинно бути надто багато, оскільки інакше їх важко буде погоджувати між собою і в них можна буде просто заплутатися.

Пропонуючи клієнтові свою інтерпретацію його проблеми, психолог-консультант повинен все ж, урешті, дати одне, але не єдине (в теоретичному плані) трактування цієї проблеми.

Ця вимога не суперечить тому, про що говорилося вище. Річ у тім, що положення, сформульовані в попередніх пунктах, стосуються в основному мислення самого психолога-консультанта, а не розуміння суті проблеми самим клієнтом. Йому в зрозумілій і доступній формі слід повідомляти самі висновки, а не теорію, на якій вони ґрунтуються, тобто тільки те, до чого в результаті своїх роздумів, у тому числі теоретичних, прийшов психолог-консультант.

Отже, для того, щоб навчитися теоретично правильно, різнобічно і інтегровано інтерпретувати сповідь клієнта, психолог-консультант сам повинен стати різносторонньо теоретично підготовленим практичним психологом. Гарна загальнотеоретична підготовка психолога-консультанта припускає його глибоке знайомство з різними психологічними теоріями, що охоплюють коло тих проблем, з якими люди можуть звернутися в психологічну консультацію.

Але, виявляється, цього недостатньо, потрібна ще й різнобічна практична підготовка психолога-консультанта в інтерпретації проблем клієнта. Вона, зокрема, припускає вироблення уміння не лише інтерпретувати сповідь клієнта, але й правильно формулювати свої висновки, користуючись різними теоріями.

Такі практичні уміння краще всього виробляються в колективній роботі різних психологів-консультантів – спеціалістів, які на досить високому професійному рівні володіють різноманітними психологічними теоріями. Рекомендується також частіше проводити так звані психологічні консилиуми, які включають в спільну роботу над одними й тими ж проблемами різних за своєю професійною орієнтацією фахівців. Такі консилиуми особливо корисні на початку самостійної практичної діяльності психолога-консультанта.

Дії консультанта при наданні клієнтові порад і рекомендацій

Для того, щоб клієнтові були цілком зрозумілі запропоновані психологом-консультантом поради та рекомендації, а також для того, щоб клієнт зміг ними успішно скористатися і добитися бажаного практичного результату, при формулюванні порад і рекомендацій психологові-консультантові слід дотримуватися таких правил:

Правило 1. *Формулюючи поради й рекомендації щодо практичного вирішення проблеми клієнта, бажано, як і при інтерпретації сповіді, запропонувати йому не одну-єдину, а відразу декілька (по можливості – різних) порад і рекомендацій.*

Це пов'язано з тим, що різні способи вирішення однієї й тієї ж проблеми вимагають дотримання різних умов та виконання різних дій. Деякі з них через певні обставини можуть виявитися недоступними клієнтові, що значно знизить ефективність практичного значення відповідних рекомендацій.

Наприклад, психолог-консультант може рекомендувати клієнтові такий спосіб поведінки, який потребуватиме від нього неабиякої сили волі та ряду інших якостей особистості, що в цього клієнта можуть виявитися відносно слабо розвиненими. Тоді запропоновані йому рекомендації навряд чи виявляться практично корисними і досить ефективними. Чи, скажімо, порада психолога-консультанта клієнтові може припускати наявність в останнього значної кількості вільного часу, якого насправді в клієнта може не виявитися.

Загалом, кількість різних способів, які пропонують клієнтові для вирішення його проблеми, – два або три, – і всі вони повинні враховувати реальні умови життя клієнта, його можливості, а також його індивідуальні психологічні особливості. Число запропонованих способів вирішення проблеми також має бути таким, щоб клієнт міг вибрати з них те, що його цілком влаштовує і повністю підходить для нього.

Правило 2. *Психологові-консультантові слід пропонувати клієнту не лише поради загалом, але також і власні оцінки цих порад з точки зору легкості або складності їхнього дотримання у вирішенні проблеми.*

Йдеться про те, що клієнт повинен мати повну інформацію про кожну конкретну рекомендацію, яку пропонує психолог-консультант, тобто знати, до чого приведе дотримання певної рекомендації і з яким ступенем імовірності таке дотримання приведе до вирішення проблеми, що хвилює його.

Після того, як психолог-консультант запропонував клієнтові альтернативні поради для вирішення його проблеми, у клієнта (через психологічну, професійну непідготовленість і недостатність життєвого досвіду, а також унаслідок надмірності отриманої від консультанта інформації) не відразу складається цілком адекватний образ ситуації. Клієнт не відразу може зробити правильний вибір з числа запропонованих йому альтернатив. Більше того, він, як правило, і не має для цього достатньо часу. Через вказані причини клієнт не відразу може прийняти потрібне і правильне рішення.

Для того, щоб полегшити клієнтові пошук такого рішення, психолог-консультант у той час, коли клієнт ще роздумує над отриманою інформацією, сам повинен запропонувати йому аргументовані власні оцінки ефективності різних способів поведінки, розкриваючи перед клієнтом їх позитивні і негативні сторони.

Приймаючи остаточне, самостійне рішення, клієнт повинен усвідомлювати те, що коли він віддасть перевагу одному зі способів поведінки над іншими, то в результаті отримає якусь вигоду і щось, майже напевно, упустисть.

Правило 3. *Клієнтові потрібно надавати можливість самостійно вибрати той спосіб поведінки, який він вважає для себе найбільш відповідним.*

Ніхто, окрім самого клієнта, не в змозі повністю знати його особисті особливості і умови життя, тому ніхто, окрім клієнта, не зможе прийняти оптимальне рішення. Правда, може помилятися й сам клієнт. Тому психолог-консультант, надаючи клієнтові змогу здійснити самостійний вибір, зобов'язаний все ж висловити і свою точку зору.

Одна з дієвих форм надання практичної допомоги в цьому випадку клієнтові з боку психолога-консультанта полягає в тому, що консультант і клієнт на деякий час як би міняються ролями: психолог-консультант просить клієнта пояснити йому зроблений вибір і обґрунтувати його, а сам, уважно слухаючи клієнта, ставить йому питання.

Правило 4. *На закінчення психологічної консультації дуже важливо забезпечити клієнта дієвими засобами самостійного контролю успішності практичних дій з проблеми, що вирішується.*

Оскільки психологічне консультування є в основному методом самостійної психокорекційної роботи, розрахованої на власні сили і можливості клієнта, на те, що виправляти недоліки у власній психології і поведінці клієнтові доведеться самому, то дуже важливо забезпечити його засобами самоконтролю ефективності дій, які виконуються.

Правило 5. *Надання клієнтові додаткової можливості отримання від психолога-консультанта необхідних порад і рекомендацій вже в процесі практичного вирішення проблеми.*

Це правило пов'язане з тим, що не завжди і не відразу клієнтові все буває зрозуміло і все без винятку повністю вдається. Нерідко, причому навіть тоді, коли клієнт, здавалося б, усе добре зрозумів,

прийняв рекомендації психолога-консультанта і вже практично приступив до їхнього виконання, у процесі реалізації отриманих рекомендацій раптом виявляється багато непередбачених обставин і додаткових питань, що потребують термінових відповідей.

Для оперативного вирішення цих питань потрібно, щоб клієнт мав можливість постійно підтримувати зв'язок з психологом-консультантом, у тому числі й після завершення консультації й отримання потрібних рекомендацій. А для цього психологові-консультантові слід після завершення консультації, точно повідомити його, де і коли він – клієнт – зможе за потреби отримати від нього потрібну оперативну допомогу.

Правило 6. *Перш ніж завершити роботу і надати клієнтові змогу діяти самостійно, психолог-консультант зобов'язаний переконатися в тому, що клієнт справді все зрозумів правильно, прийняв і без сумнівів і вагань готовий діяти в потрібному напрямі.*

Щоб практично переконатися в цьому, на завершення консультації бажано знову надати слово клієнтові і попросити його відповісти на наступні, наприклад, питання:

- Чи усе для вас зрозуміло і переконливо?
- Розкажіть про те, як ви збираєтеся діяти далі.

Іноді корисно задати клієнтові ряд конкретних запитань, у відповідях на які з'ясується ступінь розуміння та прийняття клієнтом рекомендацій, отриманих від психолога-консультанта.

Техніка завершального етапу консультування і практика спілкування з клієнтом після закінчення консультації

Завершальний етап психологічного консультування складається з таких моментів: підбивання підсумків консультації і розставання з клієнтом. Підведення підсумків, у свою чергу, містить коротке повторення результатів консультації, суті проблеми, її інтерпретації і вироблених рекомендацій з вирішення проблеми. Ці рекомендації, за бажанням клієнта, можна запропонувати не лише в усній, але й у письмовій формі.

Важливо також, підводячи підсумки проведеної психологічної консультації, спільно з клієнтом накреслити продуману програму реалізації вироблених рекомендацій, відмітивши в ній: *що, як, до якого конкретного терміну і в якій формі* повинно бути зроблено клієнтом. Бажано, щоб час від часу клієнт повідомляв психологові-

консультантові про те, як йдуть справи і як вирішується його проблема.

Усе це відзначає психолог-консультант у реєстраційній картці клієнта, причому навіть у тому випадку, якщо в процесі реалізації отриманих клієнтом рекомендацій у нього самого не виникає особливих проблем і він фактично додатково не звертається в цей час до психолога-консультанта.

Розстаючись, психолог зазвичай просить про те, щоб клієнт регулярно повідомляв в психологічну консультацію (краще всього – своєму психологові-консультантові), як йому вдається виконувати отримані рекомендації і яким є результат їхнього практичного виконання.

Отримання зворотньої інформації від клієнта можна стимулювати, зокрема, обіцянкою провести з ним додаткову, безкоштовну консультацію, якщо він виконає вказане прохання.

У практиці роботи для успішного проведення психологічного консультування важлива не лише правильно організована зустріч клієнта в консультації і хороша, продуктивна, професійна робота з ним, але також і продумана процедура розставання з клієнтом після закінчення консультації. Суттєво, щоб клієнт залишив психологічну консультацію в хорошому настрої, з цілковитою упевненістю в тому, що його проблема в результаті реалізації отриманих рекомендацій буде успішно вирішена.

Безумовну упевненість у цьому, прощаючись із клієнтом, передусім повинен продемонструвати сам психолог-консультант. Йому, крім того, слід провести клієнта до виходу з приміщення психологічної консультації. Гарне завершальне враження на клієнта зазвичай справляє ситуація, в якій психолог-консультант дарує клієнтові щось на пам'ять, наприклад свою візитку або сувенір, що нагадує про спільну роботу в психологічній консультації.

Нарешті, дуже важливі останні слова психолога-консультанта в момент, розставання з клієнтом. Ось приблизні початки деяких відповідних для цього випадку фраз, які відповідають прийнятним нормам українського мовленнєвого етикету:

- Цікаво було з вами спілкуватися.
- Добре, що ми про все домовилися.
- Чудово, що ми порозумілися.
- Я задоволений тим, що ми з вами дійшли згоди.
- Дякую, що ви дослухалися до моїх порад.

- Вдячний, що ви погодилися зустрітися і поговорити зі мною.
- Не можу більше вас затримувати.
- До зустрічі!
- На все добре!

Наступне спілкування психолога-консультанта з клієнтом, якщо воно потрібне, організовують і також проводять за заздалегідь продуманим планом, який має бути своєчасно обумовлений і узгоджений між психологом-консультантом і клієнтом. У цьому плані зазвичай фіксують місце, час і можливі теми (запитання) для бесід психолога-консультанта з клієнтом після завершення консультації. Ці бесіди не обов'язково повинні проходити в очній формі, іноді достатньо буває поговорити з клієнтом по телефону або ж докладно відповісти на його запитання в письмовій формі.

План можливих бесід консультанта і клієнта після консультації накреслюють вони спільно. Іноді цей план готують письмово у двох примірниках. Один із них залишається у психолога-консультанта, а інший вручають клієнтові.

У зв'язку з цим психологові-консультантові слід ще до того, як він почне пропонувати практичні рекомендації, добре пізнати клієнта як особистість.

Сформулюємо з цього приводу декілька додаткових порад, які допоможуть психологові-консультантові провести загальну психодіагностику особистості клієнта в процесі практичної роботи з ним. Ці поради, зокрема, випливають із матеріалів, представлених у відомій книзі А. Піза «Мова рухів тіла».

Про особистість клієнта і про його психологічний стан можна судити за такими ознаками:

- поза «руки на пояс» характерна для рішучої, вольової людини;
- нахил тулуба вперед, сидячи на стільці, свідчить про те, що людина, як тільки закінчиться розмова з нею, уже готова діяти;
- людина, яка сидить, закинувши ногу на ногу і обхопивши її руками, часто має швидку реакцію і її важко переконати в суперечці;
- збирання з одягу несуттєвих ворсинок характеризує людину, яка не цілком згодна з тим, що їй в цей момент часу говорять;
- пряма голова під час розмови свідчить про нейтральне ставлення людини до того, що вона чує;
- нахил голови вбік під час слухання говорить про те, що в людини з'явився інтерес;

- якщо голова людини нахилена вперед, то це найчастіше є ознакою того, що вона негативно ставиться до почутого;
- схрещування рук на грудях – ознака критичного ставлення та захисної реакції;
- іноді схрещування рук свідчить про те, що в людини з'явився страх;
- перехрещення ніг – ознака негативної або захисної позиції;
- жест «погладжування підборіддя» означає, що ця людина намагається прийняти рішення, пов'язане з тим, що їй щойно сказали;
- відхилення назад на спинку стільця або крісла – рух, який свідчить про негативний настрій людини;
- якщо після того, як людину попросили повідомити про своє рішення, вона бере в руки якийсь предмет, то це означає, що вона не впевнена у своєму рішенні, сумнівається в його правильності, що їй ще потрібно подумати;
- коли голова людини, яка слухає, починає схилитися до руки, щоб спертися на неї, то це означає, що в неї зникає інтерес до того, що їй зараз говорять;
- якщо людина потирає потилицю долонею і відводить очі – значить вона говорить неправду;
- люди, які часто потирають потиличну частину шиї, схильні виявляти негативне, критичне ставлення до оточення;
- ті люди, які часто потирають свій лоб, зазвичай є відкритими й поступливими;
- закладання рук за спину вказує на те, що людина засмучена;
- доторкання під час розмови до частин обличчя і голови – ознака того, що ця людина не цілком щира і говорить неправду;
- торкання пальцями рота свідчить про те, що людина потребує схвалення і підтримки;
- постукування пальцями по чомусь під час слухання свідчить про нетерпеливість людини;
- відкриті долоні асоціюються зі щирістю, довірливістю та чесністю;
- приховані долоні, навпаки, свідчать про закритість, нечесність, нещирість людини;
- владна людина під час рукостискання намагається тримати свою руку згори;

– покірна людина під час рукостискання прагне тримати свою долоню знизу;

– той, хто розраховує на рівноправні стосунки, намагається під час рукостискання тримати свою долоню на одному рівні з тією людиною, з котрою він обмінюється рукостисканням;

– не зовсім упевнена в собі людина тягне руку іншого на себе під час рукостискання;

– зчеплені пальці рук під час розмови можуть означати розчарування.

У міміці людини також можна спостерегти ряд ознак, які з високим ступенем імовірності свідчать про її невротичність. Розглянемо й ці ознаки:

– у постійно усміхненої людини оптимізм найчастіше є награним і, як правило, таким, що не відповідає його реальному внутрішньому стану;

– той, хто зовні демонструє свою, нібито бездоганну, витримку, насправді часто приховує за цим занепокоєння і напруженість;

– у невротика кутики рота найчастіше бувають опущеними, а на обличчі – вираз смутку та відсутності інтересу до людей. Така людина зазвичай нерішуча;

– погляд у невротика напружений, а очі розкриті ширше, ніж зазвичай;

– вираз обличчя у невротика переляканий, колір – блідий та хворобливий;

– невротикові нелегко розсміятися від душі, його посмішка часто нагадує іронічну усмішку.

Наведемо ще декілька корисних порад, якими психолог-консультант може скористатися, оцінюючи клієнта як особистість:

– обмовка містить натяк на те, що людина насправді думає, але не хоче говорити відкрито або вголос;

– пам'ять людини утримує переважно ті переживання, які пов'язані зі значущими для неї людьми та подіями;

– якщо людина запізнюється на зустріч або зовсім забуває про неї, то з великою часткою впевненості можна припустити, що вона несвідомо уникає цієї зустрічі;

– коли людина постійно забуває імена, то впевнено можна стверджувати, що в неї немає особливого інтересу до людей, і, насамперед, до тих, чий імена вона забуває;

– якщо людина надто багато говорить про те, що й так зрозуміло, і в її голосі відчувається тремтіння і вона не висловлюється чітко, – значить їй не повністю можна довіряти;

– виразний і звучний голос зазвичай свідчить про відкритість та щирість людини;

– якщо людина щось бурмоче до себе і висловлюється незрозуміло, то вона, напевно, не має бажання зближуватися з тим, кому це говорить;

– коли людина говорить повільно, старанно підбираючи слова й ретельно контролюючи свою мову, то вона відчуває внутрішнє психологічне напруження;

– наполегливі заперечення клієнта психологові-консультантові можуть свідчити про невпевненість клієнта у собі та в істинності слів, які він промовляє.

1.4. Труднощі та типові помилки психологічного консультування

Професія психолога-консультанта цікава і дає чимало корисного самому консультантові. Вона приносить почуття задоволення собою, особливо коли ти впевнений, що зміг допомогти, що тебе цінують клієнти. Однак, незважаючи на корисність цієї професії, «часто вона коштує досить дорого» людям, які нею займаються. А. Storr виділяє декілька важливих аспектів цієї «плати»:

– загроза втратити ідентичність і «розчинитися» в клієнтах;

– можливість відобразити негативні наслідки на особистому житті (сім'я, друзі);

– загроза психічних порушень через постійні зіткнення з темними сторонами життя і психічною патологією (К. Юнг називає це «підсвідомою інфекцією»).

Надмірна зайнятість професійною діяльністю нерідко змушує страждати сім'ю консультанта. Вимоги етики не дозволяють консультантові ділитися з сім'єю своїми «психотерапевтичними» враженнями, і консультування потребує великих емоційних затрат, що значно зменшує емоційну віддачу в сім'ї.

Психологічне консультування належить до професій, які вимагають емоційного навантаження, відповідальності і мають досить невизначені критерії успіху. Представникам цієї професії загрожує небезпека «синдрому професійного вигорання».

«Синдром психоемоційного вигорання» – складний психофізіологічний феномен, який визначається як емоційне, розумове та фізичне виснаження через тривале емоційне навантаження. Синдром, на думку Corey і Naisberg – Fennig та ін., виражається через депресивний стан, відчуття втоми, нестачу енергії та ентузіазму, втрату здатності бачити позитивні результати своєї роботи, негативну установку стосовно роботи й життя взагалі.

Симптомами професійного вигорання є:

- втрата мотивації;
- розвиток найімовірніше негативних, ніж позитивних установок стосовно роботи та інших людей;
- поява відчуття обмеження свободи вибору;
- почуття гумору втрачається зовсім або набуває «чорного» відтінку;
- поява відчуття, що всі дії здійснюються примусово, а не за власним вибором.

Maslach виділяє у процесі професійного вигорання три стадії: емоційне виснаження, деперсоналізація і зниження рівня особистих досягнень.

Емоційне виснаження. Першою ознакою початку вигорання є відчуття емоційної втоми. Консультант відчуває, що в нього лишилося дуже мало того, що він може дати іншим людям, і він намагається справитися з цим, поступово відгороджуючись від людей. Це веде до другої стадії – деперсоналізації.

Деперсоналізація. Її характерною рисою є відмежування консультанта від інших людей, коли використання деперсоналізації як стратегії подолання стресу, призводить до появи почуття самотності. На цій стадії переважає негативна установка стосовно себе та інших.

Зниження рівня особистих досягнень. У людини, яка пережила професійне вигорання, у кінцевому результаті з'являється відчуття, що в неї дуже мало особистих досягнень. У деяких випадках це дійсно так. Але іноді трапляється, що негативна установка призводить до нездатності адекватно оцінювати себе і результати власної роботи. Саме в цей момент більшість спеціалістів вирішують взагалі залишити свою професію і намагаються знайти таку роботу, де вони могли б уникнути спілкування з іншими людьми.

Причини «синдрому вигорання», які найчастіше трапляються в практиці консультування: монотонність роботи, вкладання в роботу

великих особистих ресурсів за недостатнього визнання і позитивної оцінки, регламентація часу роботи, робота з немотивованими клієнтами, які постійно чинять опір зусиллям консультанта.

Пайнс, Аронсон і Кефрі пропонують такі основні стратегії, з допомогою яких можна подолати професійне вигорання:

– *усвідомлення того, що проблема існує.*

Першим етапом має стати визнання того, що проблема взагалі існує. Зробити це не завжди легко, бо рідко людина може «привласнити» проблему і визнати, що хоч робота і клієнти сприяли появі «синдрому вигорання», реальна проблема – у ньому самому;

– *прийняття на себе відповідальності за вчинення будь-яких дій, пов'язаних безпосередньо з цією проблемою.*

Прийнявши факт, що проблема існує, слід визнати, що коли потрібно щось змінювати, то ініціативу з удосконалення дій, пов'язаних із цим, повинен узяти на себе консультант із «синдромом вигорання»;

– *досягнення певної міри когнітивної ясності.*

На цій стадії важливо як слід розібратися з тим, які моменти впливають на виникнення «синдрому вигорання». Ніколи не буває так, щоб проблема полягала лише в емоційній виснаженості людини. Насправді, у її житті відбувається те, що змушує відчувати себе саме так. Детальний аналіз подій, які відбуваються в особистому житті консультанта і на його роботі, може сприяти визначенню шляхів вирішення цієї проблеми.

Однією з проблем консультування є залежність. З одного боку, більшості людей подобається те, що хтось потребує їхньої допомоги. Але, з іншого боку, більшість розуміє й те, що людині потрібно діяти й думати самостійно. Лише сам факт наявності консультування вже передбачає, що люди, які ним займаються, готові, принаймні на мінімальному рівні, взяти на себе деяку відповідальність за частину життя іншого. Навіть якщо просто вислуховують людину, то тим самим вони беруть на себе відповідальність за власну реакцію на слова співрозмовника.

Як можна подолати залежність? По-перше, вона не завжди стає настільки складною проблемою. Часто ситуація, коли інша людина звертається до вас за допомогою, буває приємною і цілком керованою. Один із найкращих способів зберегти у стосунках певний баланс – час від часу обговорювати самі взаємини. Це означає, що

консультант і клієнт повинні іноді виходити за рамки терапевтичних стосунків і обговорювати те, що відбувається між ними.

Контроль у консультативному процесі

Часто консультанти-початківці бояться, що «щось може вийти з-під контролю». Наприклад:

– клієнт може почати плакати чи впасти в стан істерики: як відомо, вираження емоцій призводить до терапевтичного ефекту. Більшість людей, які стримують свої почуття, відчувають певне полегшення, аж до інсайту, коли дозволяють собі плакати. Емоційна розрядка – це, як правило, процес, який самоприпиняється, і якщо клієнтам надають можливість виразити почуття в теплій і дружній атмосфері, то здебільшого вони самі доходять до потрібного рівня, а потім настає момент, коли плач припиняється;

– клієнт може виявитися психічно хворим: як правило, консультант буває інформований про наявність душевного захворювання. За підозри на психічне захворювання і відсутність інформації про його наявність у клієнта доцільно порекомендувати такому клієнтові звернутися за допомогою в лікувальні установи і перш за все проконсультуватись у лікаря загальної практики;

– клієнт може почати говорити про дуже складні питання, працювати над якими консультант не здатний: більшість ситуацій, що виникають у житті, можна назвати складними. Людина влаштована так, що сама часто надає перевагу бажанню опинитись у складних особистих і емоційних ситуаціях.

Однак це не означає, що консультант потрібний для того, щоб «розібратися» з усіма цими труднощами. Як уже відзначалося, консультант не є панацеєю від усіх проблем, які виникають у житті. Але слід зазначити, що практично кожен може мати користь від проговорювання найскладніших ситуацій.

У зв'язку з різними причинами, які іноді заздалегідь не передбачаються в процесі психологічного консультування, можуть виникати помилки, що знижують його результативність. Знання суті й джерел цих помилок, способів їхнього запобігання й усунення дозволяє звести такі помилки до мінімуму, хоча, ймовірно, повністю виключити їх із практики проведення психологічного консультування неможливо.

Помилки, що часто з'являються в процесі консультування, можуть бути таких основних *типів*:

1. Неправильний висновок психолога-консультанта про суть проблеми клієнта.

Це той випадок, при якому консультант або не бачить реальної проблеми в клієнта (хоча насправді така проблема існує), або приписує клієнтові проблему, якої в нього насправді немає.

2. Неправильні рекомендації, запропоновані психологом клієнтові.

У цьому випадку психолог-консультант може загалом правильно сприймати й оцінювати проблему клієнта, але пропонувати не цілком правильні практичні рекомендації з її вирішення – такі, реалізація яких насправді нічого або майже нічого корисного не дасть клієнтові.

3. Неправильні дії клієнта щодо виконання рекомендацій, отриманих від психолога-консультанта.

Це той тип помилок у психологічному консультуванні, що звичайно виникає тоді, коли клієнт, чия проблема в процесі проведення психологічного консультування була визначена правильно і якому дали правильні рекомендації з її вирішення, на практиці допускає неточності. У результаті цього він не досягає потрібного ефекту у вирішенні своєї проблеми.

1. Помилки першого типу:

– помилки, що виникають через недостатність інформації, яку одержує консультант від клієнта у процесі проведення консультування, особливо на стадії діагностики й сповіді. Їх не можна ні повністю виключити з практики психологічного консультування, ні заздалегідь їм запобігти. Єдине, що можна зробити, – це постійно, але ненав'язливо нагадувати клієнтові про те, що він повинен повідомляти психологові-консультантові «правду й тільки правду», тобто тільки такі дані й факти про себе й про свою проблему, у вірогідності яких він сам абсолютно впевнений. Консультант зі свого боку час від часу може перевіряти клієнта, повторно прохаючи його повідомити те, про що він раніше вже говорив і що в психолога через ті або інші причини викликало сумнів;

– помилки, що допускаються через неповноту інформації, одержуваної психологом-консультантом від клієнта. Це досить часта помилка, тому що будь-який клієнт може мимоволі щось істотне забути у своїй сповіді, а психолог-консультант - навіть не підозрювати про те, що клієнт повідомив йому неповну інформацію про себе й про свою проблему. Таку помилку через мимовільність

забування також не можна повністю вилучити з практики психологічного консультування. Однак можна спробувати звести цю помилку до мінімуму за допомогою такого, наприклад, технічного прийому: час від часу в ході сповіді запитувати клієнта про те, чи все він розповів про себе й про свою проблему, чи не забув чого-небудь істотного;

– помилки, що допускаються консультантом через його власну схильність робити передчасні висновки ще до того, як буде зібрана вся потрібна для цього інформація про клієнта й від клієнта.

Психолог-консультант – це звичайна людина, якій властиві численні, зокрема не завжди позитивні, риси характеру. Серед них, наприклад, можуть виявитися такі, як підвищена самооцінка, нетерпіння, поспіх й інші, що часто призводить до виникнення помилок.

Помітити й запобігти їм можна за реакцією клієнта. Якщо він сумнівається у правильності висновків і рішень, пропонуваних психологом-консультантом, значить, той, очевидно, поквапився, не взявши до уваги всього того, що вже сказав, а може, ще й не доказав, клієнт. Якщо клієнт не виговорився повністю й продовжує свою розповідь після того, як психолог уже прийшов до певного рішення, це означає, що психолог поспішив і йому варто відкласти прийняття свого рішення й продовжувати уважно слухати клієнта;

помилки, що допускають у зв'язку з неправильною інтерпретацією психологом-консультантом, тих фактів, які йому були повідомлені клієнтом.

Основна причина цих помилок – недостатність практичного досвіду проведення консультування, а також неухважність або нерозуміння (іноді – просте забування) того, що говорив клієнт під час сповіді. Вироблення консультантом у себе звички уважно слухати клієнта, не упускаючи жодної повідомленої ним деталі, – єдиний спосіб запобігти виникненню такої помилки.

Помилки можуть бути викликані:

– недостатньою загальнотеоретичною підготовкою психолога консультанта;

– тим, що консультант особистісно ідентифікує себе з клієнтом, починає, сам того не помічаючи, судити про клієнта, як про самого себе,

– упередженим, суб'єктивним, занадто позитивним або, навпаки, явно вираженим негативним особистим ставленням до клієнта.

II. Помилки другого типу діляться на такі підгрупи:

– неправильні рекомендації, які психолог-консультант надав клієнтові. Можливих причин виникнення цієї помилки може бути досить багато. У її основі може лежати практично будь-яка інша помилка, зроблена психологом, і наслідком такої помилки буде те, що рекомендації, отримані клієнтом, не дадуть йому ніякої користі й навіть зашкодять.

Для того, щоб уникнути цієї помилки, консультантові рекомендується якийсь час попрацювати, особливо в початковий період його самостійної практики, в умовах так званого супервізорства, а також час від часу запрошувати до співробітництва й працювати разом з іншими психологами-консультантами, перевіряючи за їхніми висновками правильність своїх власних висновків і рекомендацій;

– односторонні рекомендації, які психолог-консультант надав клієнтові.

Ця помилка може статися через одну з таких причин:

- неповна інформація, отримана психологом від клієнта;
- неухважність консультанта до деталей того, про що йому говорить клієнт;
- поспішність консультанта у висновках щодо проблеми клієнта;
- недостатня теоретична підготовка й одностороння теоретична орієнтація психолога-консультанта в інтерпретації сповіді клієнта.

Вилучити повністю цю помилку з практики психологічного консультування можна тільки в тому випадку, якщо вчасно будуть усунуті всі можливі її причини, зазначені вище. Ігнорування кожної з них загрожує повторенням цієї помилки.

– загалом правильні, але практично не повністю здійснювані або ж зовсім не здійснювані рекомендації, запропоновані клієнтові.

Причина такої помилки найчастіше полягає в тому, що, пропонуючи клієнтові рекомендації, консультант не враховує індивідуальних особливостей клієнта або не бере до уваги такі умови його життя, які можуть стати серйозною перешкодою до практичної реалізації отриманих від консультанта рекомендацій.

Для того, щоб уникнути цієї помилки, потрібно перед тим, як давати практичні рекомендації клієнтові, довідатися про нього як про особистість і з'ясувати умови його життя.

III. Помилки третього типу можна розділити на такі підгрупи:

– неправильні дії клієнта, породжені його неправильним розумінням або недорозумінням того, що йому радить психолог.

Причина цієї помилки в тому, що, пропонуючи практичні рекомендації клієнтові щодо вирішення його проблеми, консультант недостатньо враховує індивідуальні особливості клієнта, зокрема загальний рівень його культури й інтелектуального розвитку, або не з'ясовує, чи клієнт все правильно зрозумів з того, що він йому радить.

Усунути цю помилку можна так: працюючи з клієнтом, на кожному етапі психологічного консультування перевіряти правильність розуміння ним того, що говорить консультант. Цього, зокрема, можна досягти за допомогою продуманих і правильно сформульованих питань.

– неправильні дії клієнта, викликані небажанням робити саме так, як рекомендує психолог-консультант.

Цій помилці можна запобігти в такий спосіб: уважно спостерігаючи за клієнтом, коли він отримує практичні рекомендації щодо вирішення його проблеми, встановити, як клієнт насправді до цих рекомендацій ставиться. Якщо негативно, то краще відмовитися від цих рекомендацій, з'ясувавши, чому клієнт їх не приймає і запропонувавши щось інше.

– неправильні дії клієнта, викликані об'єктивною неможливістю поводитися так, як йому радить консультант, наприклад, через умови життя, що змінилися, або якісь інші об'єктивні життєві обставини.

Така помилка може бути вилучена з практики психологічного консультування, якщо консультант, перш ніж давати рекомендації клієнтові, поцікавиться умовами його життя й особистою думкою про те, наскільки ці умови дозволяють виконати отримані рекомендації.

Для того, щоб вилучити або звести до мінімуму більшість названих помилок, психологові-консультантові рекомендують дотримуватися таких загальних правил ведення психологічного консультування:

1. Психолог-консультант не повинен будувати ніяких гіпотез про суть проблеми клієнта доти, доки не дізнається якнайбільше про нього.

2. Не слід давати клієнтові ніяких практичних рекомендацій доти, поки не будуть оцінені його індивідуальні поведінкові особливості й поки не буде достовірно встановлено можливість практичної реалізації клієнтом рекомендацій консультанта

3. Проводячи психологічне консультування й формуючи психологічний діагноз клієнтові і його проблемі, психологові не слід розглядати клієнта як об'єкт неупередженого вивчення або якось намагатися маніпулювати ним чи проводити експерименти.

4. Психолог-консультант не повинен намагатися «розколоти» або «переграти» клієнта.

5. У психологічному консультуванні, за деяким винятком, не повинні бути особисті спогади і власні сповіді консультанта перед клієнтом, тобто консультант і клієнт у ході консультування не повинні мінятися своїми ролями.

6. Психологові-консультантові не слід прагнути розуміти клієнта, порівнюючи з собою. Його завдання інше – намагатися зрозуміти внутрішній світ клієнта, який відмінний від його власного.

7. Аналізуючи сповідь клієнта, консультант формулює свої судження про нього й про його проблему в можливій, але не в безапеляційно-стверджувальній формі. Найкраще висловлювати їх клієнтові як гіпотези, які клієнт зі свого боку повинен підтвердити або спростувати.

8. Спростування клієнтом тлумачення сповіді не завжди є достатньою підставою для повної відмови консультанта від такого тлумачення. Нерідко спростування або протест клієнта з приводу висновків консультанта є не більш ніж захисною реакцією й ознакою того, що запропоноване психологом тлумачення правильне.

9. Що менше професійного досвіду в психолога-консультанта, то більше часу він повинен приділяти уважному вислуховуванню сповіді клієнта й обережніше формулювати свої висновки.

10. Навіть доволі досвідченому психологові корисно під час бесіди з клієнтом робити деякі записи, щоб потім повернутися до них і спокійно, не кваплячись, обдумати їх.

11. Іноді дуже корисно вести й потім аналізувати відеозаписи проведення психологічної консультації. Пояснити їхню доцільність клієнтові можна, пояснивши, наприклад, що й сам він зможе краще себе зрозуміти й успішніше вирішити проблеми, якщо побачить себе на екрані.

12. Завдання консультанта на стадії сповіді у тому, щоб розумно й ненав'язливо підвести клієнта не тільки до усвідомлення, а й до правильного вирішення своєї проблеми.

13. Психолог-консультант – не порадник. Його головне завдання полягає в тому, щоб допомогти клієнтові навчитися приймати відповідальні і конструктивні рішення самостійно.

1.5. Тестування в практиці медико-психологічного консультування

Для чого потрібно проводити тестування під час медико-психологічного консультування

Будь-яка психологічна проблема, що виникає у клієнта і вимагає проведення психологічного консультування, майже завжди в реальному житті має певні, суто індивідуальні прояви, причому навіть тоді, коли її психологічний зміст виражений майже однаково в різних людей. Наприклад, дуже поширеною серед потенційних клієнтів є підвищена особистісна тривожність, недостатня впевненість у собі. Проте різні люди проявляють тривожність і почувають себе недостатньо впевнено в житті по-різному.

Інший типовий приклад: майже в усіх людей є певні недоліки і в розвитку здібностей, і в рисах характеру, але в кожній людині це проявляється по-різному. Тому, якщо два різні клієнти, звернувшись у психологічну консультацію, скаржаться на недостатній розвиток інтелектуальних здібностей, то це зовсім не означає, що їхні проблеми ідентичні і їх треба вирішувати однаково.

Ще складнішими є питання недоліків у характері людини: вони в більшості випадків, зважаючи на унікальний індивідуальний життєвий досвід кожної людини, повинні вирішуватися по-різному. Без проведення спеціальної психодіагностики особистості клієнта успішно провести психологічне консультування майже неможливо.

Проте й тоді, коли вже точно діагностована проблема клієнта, потреба в проведенні психодіагностики повністю не відпадає. Як би ретельно консультант-психолог не вивчав особистість клієнта, діагностуючи його проблему, все ж, напевно, не знає всього про нього і про суть всієї проблеми. Крім того, буває доволі важко заздалегідь точно визначити, з якими реальними (а вони іноді бувають несподіваними) проблемами в житті може зіткнутися клієнт, виконуючи практичні рекомендації психолога-консультанта. Тому часто вимагають продовжувати психодіагностичне дослідження клієнта як особистості і його взаємин з людьми в постконсультаційний період, тобто тоді, коли він уже почав

практично виконувати рекомендації, отримані в психологічній консультації.

Клієнт не є професійним психологом, а тому часто сам не може реально оцінити ті позитивні зміни, які насправді відбуваються з ним під час виконання порад психолога-консультанта. Та й сам консультант не завжди може бездоганно й точно оцінювати результати роботи. Це відбувається, по-перше, тому, що після закінчення консультації клієнт мало спілкується з психологом-консультантом. По-друге, зміни, які відбуваються, можуть мати поступовий, непомітний або неусвідомлюваний характер.

Щоб точно визначити, що ж насправді відбувається з клієнтом, його потрібно протестувати декілька разів, як мінімум двічі: до отримання рекомендацій і після того, як він їх вже виконав.

Іноді, коли процеси проведення консультування і практичної реалізації отриманих рекомендацій займають надто багато часу (рік і більше), виникає потреба у проведенні проміжних тестових обстежень клієнта, щоб прослідкувати реальну динаміку змін його психології і поведінки.

Коли рекомендують застосовувати психологічні тести

Час від часу в процесі проведення психологічного консультування виникає термінова потреба психологічного тестування клієнта. Коли й за яких обставин доцільно це робити?

1. Психологові-консультантові недостатньо інформації для того, щоб зробити правильні висновки про суть проблеми клієнта і, враховуючи його індивідуальність, запропонувати дієві заходи з практичного вирішення проблеми. У цьому випадку потрібно різнобічно вивчити особистість клієнта, щоб дізнатися про ті індивідуальні особливості, які важливі для з'ясування проблеми і точного визначення способів її вирішення.

Часто буває важко на основі однієї і особливо першої зустрічі з клієнтом робити висновок про нього як про особистість, тим більше, що в психологічній консультації в незнайомій обстановці людина поводить себе дуже стримано і грає зазвичай не цілком властиву йому життєву роль, яка повністю не відображає його індивідуальність.

2. Потрібно оцінити такі індивідуальні особливості клієнта, які й у звичайному, повсякденному житті мало чи майже не проявляються в поведінці людини.

До таких особистісних властивостей належать, наприклад, ті, що пов'язані з комплексами, несвідомими потягами, недостатньо

усвідомлюваними рисами характеру. Потреба в цьому найчастіше з'являється тоді, коли в психолога-консультанта виникає підозра, що клієнт має неусвідомлювані або приховувані психологічні особливості, знати які потрібно для успішного психологічного консультування і вирішення проблеми клієнта.

3. Слід точно встановити, як впливає або може вплинути на клієнта відвідування психологічної консультації, отримання та виконання ним рекомендацій психолога-консультанта.

Потреба в цьому може з'явитися, зокрема, з таких причин. Можливо, слід буде переконати клієнта і довести йому, що виконання отриманих ним рекомендацій дійсно корисне для нього, хоча сам він цього ще добре не усвідомлює. Річ у тому, що особистісні і міжособистісні зміни часто відбуваються поступово і майже непомітно для неї, і тільки спеціальне тестування дозволяє виявити й оцінити ці зміни. Крім того, вони взагалі можуть бути за своєю суттю неусвідомлюваними. Таке буває тоді, коли вони стосуються психології несвідомого.

Консультування та практична реалізація клієнтом отриманих ним рекомендацій можуть бути доволі тривалими, як, наприклад, у тих випадках, коли психологічне консультування продовжується місяцями і навіть роками, а виконання отриманих рекомендацій розтягується на такі ж терміни.

4. У практиці консультування застосовується новий, недостатньо перевірений метод, ефективність якого остаточно не встановлена, не оцінена ні кількісно, ні якісно. Тоді сам процес консультування перетворюється на своєрідний науково-практичний психологічний експеримент, що вимагає точної оцінки його результатів. Це той випадок, коли психолог-консультант свідомо ставить експеримент, розрахований на удосконалення процесу консультування і пошук більш ефективних практичних рекомендацій для клієнта.

5. Сама процедура психодіагностики, яка використовується в практиці психологічного консультування, має певне психотерапевтичне значення і благотворний вплив на клієнта.

Це зазвичай відбувається тоді, коли в результаті проведення психологічного тестування клієнт дізнається щось нове, приємне і корисне для себе, наприклад, відкриває в собі такі позитивні психологічні якості, про існування яких він раніше не підозрював.

Описані випадки під час проведення психологічного консультування можуть виникати й окремо, і в будь-якому їх

поєднанні. Хоча б один із цих випадків завжди наявний у практиці психологічного консультування, і тому застосування методу тестування слід розглядати як правило, а не як виняток із правила.

Вимоги до психологічного тестування, яке застосовується в медико-психологічному консультуванні

Психологічне тестування, яке організовують і проводять в умовах психологічного консультування, має відповідати ряду специфічних, характерних саме для консультування, вимог:

1. У психологічному консультуванні слід застосовувати тільки найпростіші з усіх наявних психологічних тестів, добре відомі не лише психологові-консультантові, але й зрозумілі для клієнта.

Використання складних і не дуже зрозумілих тестів може викликати невдоволення з боку клієнта, його реакцію психологічного захисту через природній страх бути нездатним до його виконання в очах психолога-консультанта. Складні тести, крім того, стомлюють і психолога-консультанта, і клієнта.

2. Тестування в психологічному консультуванні не має бути тривалим. На його проведення слід відводити не більше чверті всього часу, призначеного для консультування.

3. Тести, які застосовують у психологічному консультуванні, повинні мати порівняно просту систему опрацювання отримуваних результатів. Це потрібно для того, щоб результати тестування можна було відразу використовувати і робити з нього потрібні висновки. Найкращими є такі психологічні тести, результати яких можуть бути відомі й практично використані через 5–10 хв після закінчення тестування.

Якщо застосовують тест, що потребує тривалішого часу для його виконання, для опрацювання та інтерпретації отримуваних результатів, бажано проводити тестування окремо від психологічного консультування, не забираючи часу, відведеного на консультацію.

4. Психологові-консультантові рекомендують заздалегідь продумувати і підбирати потрібний для консультування мінімум психологічних тестів, які можуть знадобитися в різних випадках психологічного консультування. Усі ці тести разом з потрібними для тестування матеріалами бажано заздалегідь підготувати і мати під рукою, щоб до них можна було звернутися в будь-який момент проведення психологічного консультування.

5. Потрібні й найчастіше використовувані тести найкраще мати в програмі комп'ютера, щоб за потреби можна було протестувати

клієнта і відразу ж отримати необхідні результати (комп'ютерні програми повинні містити автоматичну процедуру опрацювання результатів тестування).

6. Якщо обсяг роботи в консультації дуже великий і якщо в ній паралельно працює декілька консультантів із кількома клієнтами, то рекомендують звільняти консультантів від процедури тестування і доручати це окремому фахівцеві-психологові, професійно підготовленому для проведення тестування.

Тести когнітивних процесів сприйняття, уваги, уяви, мовлення і загальних інтелектуальних здібностей

Потреба в оцінюванні загальних інтелектуальних здібностей клієнта виникає тоді, коли, наприклад, проводиться консультування, пов'язане з вирішенням проблем інтелектуального розвитку дітей або загальних здібностей дорослих людей.

Коли йдеться про розвиненість загальних здібностей людей, то слід мати на увазі, що і в дітей, і в дорослих ці здібності з об'єктивних і природних причин можуть знаходитися на різних рівнях розвитку. У дітей, особливо дошкільного віку, ці здібності ще тільки розвиваються, а в дорослих вони, як правило, вже є досить розвиненими.

Інтелект дитини й інтелект дорослої людини суттєво відрізняються і кількісно (числова оцінка рівня його розвитку), і якісно (тип інтелекту і його структура). Тому для психодіагностики інтелекту дітей і дорослих рекомендують застосовувати різні психологічні тести.

Проводячи психодіагностику загального рівня інтелектуального розвитку дитини, також слід мати на увазі, що в ранньому віці інтелект дитини формується доволі швидко і рівень його розвитку може змінюватися через кожні два-три роки. Тому ті методи його психодіагностики, які придатні для дітей три-чотирирічного віку, потрібно замінювати іншими, проводячи психодіагностику рівня інтелектуального розвитку чотири-п'ятирічних, а тим паче шести-семирічних дітей.

У практиці проведення психологічного консультування дітей, пов'язаного з розвитком їхніх загальних інтелектуальних здібностей, для психодіагностики інтелекту рекомендують використовувати методики, призначені для певної вікової групи.

Для дітей три-чотирирічного віку придатні такі методики: *«Нісенітниця»*, *«Пори року»*, *«Кому чого не вистачає?»*, *«Обведи контур»*, *«Відтвори малюнки»*.

За допомогою методик *«Пори року»* і *«Кому чого не вистачає?»* оцінюють рівень розвитку в дітей наочно-образного мислення, а за допомогою методик *«Обведи контур»* і *«Відтвори малюнки»* можна оцінити рівень розвитку наочно-дієвого мислення.

Для психодіагностики рівня інтелектуального розвитку дітей чотири-п'ятирічного віку рекомендується використовувати методики *«Що тут зайве?»*, *«Розподіли на групи»*, *«Пройди через лабіринт»* і *«Виріж фігури»*.

Методики *«Що тут зайве?»* і *«Розподіли на групи»* оцінюють рівень розвитку образно-логічного мислення, а такі методики, як *«Пройди через лабіринт»* і *«Виріж фігури»* – рівень розвитку наочно-дієвого мислення в дітей.

Якщо, окрім діагностики загального рівня інтелектуального розвитку дитини необхідно провести окрему психодіагностику рівня розвиненості у неї основних когнітивних процесів, то рекомендують послуговуватися такими, наприклад, методиками:

– для діагностики сприйняття використовують методики *«Чого не вистачає на цих малюнках?»*, *«Дізнайся, хто це»*, *«Які предмети заховані в малюнках?»*, *«Чим залатати килимок?»* та ін.

– для діагностики уваги – методики *«Знайди і закресли»*, *«Простав значки»*, *«Запам'ятай і розстав крапки»* та ін.

– для діагностики уяви – методики *«Склади оповідання»*, *«Намалюй»*, *«Вигадай гру»* та ін.

– для діагностики мовлення – методики *«Назви слова»*, *«Розкажи за малюнком»* та ін.

Психодіагностику рівня розвитку інтелектуальних здібностей дітей шести-семирічного віку рекомендують проводити за допомогою таких методик: *«Загальна орієнтація дітей у навколишньому світі і запас побутових знань»*, *«Визначення понять, з'ясування причин, знаходження подібності і відмінностей в об'єктах»*, *«Формування понять»* – визначають рівень розвитку словесно-логічного мислення; *«Кубик Рубика»* – оцінює рівень розвитку наочно-дієвого мислення; *«Матриці Равена»* – призначається для діагностики образно-логічного мислення. При цьому, окрім визначення загального рівня інтелектуального розвитку дитини і надання порад із приводу того, як підвищити рівень

інтелектуального розвитку, потрібно дати рекомендації з удосконалення в дітей шести-семирічного віку інших когнітивних процесів (використовують такі психодіагностичні методики):

– для оцінки уваги – *«Кільця Ландольта»*, *«Переплутані лінії»* (за допомогою цих методик оцінюються продуктивність, стійкість, розподіл і переключення уваги);

– для психодіагностики пам'яті – методика оцінки об'єму короткочасної зорової і слухової пам'яті, оперативної зорової і слухової пам'яті, а також динамічних особливостей процесу запам'ятовування;

– для психодіагностики уяви – методики *«Вербальна фантазія»* (мовленнєва уява), *«Малюнок»* (зорова уява) і *«Скульптура»*;

– для психодіагностики мовлення – методики *«Визначення понять»* і *«Визначення пасивного і активного словникового запасу»*.

Загальну психодіагностику рівня розвитку інтелекту в молодших школярів проводять за допомогою методики *«Загальна орієнтація дітей у навколишньому світі і запас побутових знань»* (варіанти для учнів I–IV класів), *«Формування понять»*, *«Уміння рахувати в пам'яті»*, *«Кубик Рубика»*, *«Матриці Равена»* та ін.

Проводячи різнобічну психодіагностику інтелекту дітей цього віку, – таку, яка містить оцінювання всіх когнітивних процесів, додатково можна скористатися тими методиками, які вже були рекомендовані для дослідження когнітивних процесів у дітей шести-семирічного віку.

Оцінювати рівень розвитку інтелектуальних здібностей підлітків, юнаків та дорослих можна за допомогою одного комплексу психодіагностичних методик, який складається з таких тестів: *«Формування понять»*, *«Уміння рахувати в пам'яті»*, *«Кубик Рубика»*, *«Матриці Равена»*, *«Логіко-кількісні відношення»* і *тест Айзенка (фрагменти)*.

Кожна з перерахованих методик практично оцінює різноманітні сторони інтелекту, і їх слід застосовувати залежно від того, яку мету, проводячи психодіагностику, ставить перед собою консультант-психолог.

Щоб легше було зорієнтуватися у виборі психодіагностичних методик для проведення психологічного консультування, пояснимо, яке практичне завдання вирішує кожна з перерахованих методик.

Методика *«Формування понять»* дозволяє досить швидко оцінювати рівень загального інтелектуального розвитку людини,

проте така оцінка є загальною, недостатньо диференційованою. Ця методика демонструє, наскільки в клієнта розвинутий внутрішній план складних інтелектуальних дій, тобто, як ця людина може класифікувати, порівнювати, аналізувати, абстрагувати, узагальнювати, створювати й реалізовувати різні дії, а також змінювати їхню стратегію, тактику, враховувати допущені помилки.

Перевага цієї методики в тому, що вона мало залежить від минулого досвіду цієї людини і від наявних у неї знань, умінь і навичок. Її передусім рекомендується застосовувати в тих випадках, коли важливо точно визначити перспективи подальшого інтелектуального розвитку клієнта, зону його найближчого розвитку. Що вищим буде показник інтелектуального розвитку клієнта за цією методикою, то більшими є можливості його подальшого інтелектуального розвитку, включаючи загальні й ряд залежних від них спеціальних інтелектуальних здібностей.

Методику «Уміння рахувати в пам'яті» використовують для визначення рівня актуального розвитку спеціальних, наприклад математичних, здібностей.

Методика «Матриці Равена» дозволяє діагностувати образне мислення і може практично застосовуватися для визначення рівня розвиненості наочно-дієвого практичного мислення.

Методика «Логіко-кількісні відношення» дозволяє проводити психодіагностику двох аспектів внутрішнього плану розумових дій: логіки мислення і лічби в пам'яті із запам'ятовуванням проміжних результатів.

Ця методика оцінює кожен з аспектів розумових дій не так добре, як, наприклад, методика «Формування понять» або методика «Уміння рахувати в пам'яті», зате в практичному застосуванні є набагато простішою за ці методики. До неї слід звертатися тоді, коли потрібно швидко й хоча б приблизно оцінити рівень розвитку відповідних здібностей у людини.

Тест Айзенка – це універсальний і один із кращих психологічних тестів інтелекту. Він призначений для оцінювання рівня загального інтелектуального розвитку людини, а також рівня розвитку деяких спеціальних видів мислення, зокрема математичного й лінгвістичного.

Цей тест рекомендують використовувати в практиці психологічного консультування не загалом, а за окремими субтестами, вибираючи їх залежно від того, яка проблема клієнта і

мета психологічної консультації, що проводиться. Якщо, наприклад, ця мета полягає в тому, щоб визначити загальний рівень інтелектуального розвитку людини, то можна скористатися одним або двома субтестами загального призначення. Якщо ж завдання полягає в тому, щоб визначити рівні розвитку в клієнта математичного або лінгвістичного мислення відповідно, то рекомендують скористатися спеціальними субтестами.

Зауважимо, що в повнокомплектному тесті Айзенка є вісім різних субтестів. Для практичної психодіагностики, яку проводять у рамках психологічного консультування, цілком достатньо скористатися тільки чотирма субтестами. До тесту Айзенка рекомендують, окрім того, звертатися тоді, коли метою психологічного консультування стає точне визначення рівня інтелектуального розвитку клієнта порівняно з іншими людьми. Тест Айзенка в цьому плані корисний під час проведення консультування з питань професійної орієнтації та професійного відбору.

Тести пам'яті

Будь-які випадки звернення в психологічну консультацію зі скаргами на пам'ять вимагають ретельного психологічного тестування пам'яті клієнта. Заздалегідь зорієнтуватися в проблемах пам'яті клієнта можна, поговоривши з ним. А щоб йому було простіше розповісти психологові-консультантові про свої мнемічні проблеми, той повинен послідовно задати питання і намагатися отримати від нього розгорнуті відповіді на них:

- Які у вас труднощі, пов'язані з пам'яттю?
- У чому ці труднощі виражаються?
- Коли, за яких обставин ці труднощі найчастіше виникають?
- Чи намагалися ви з цими труднощами боротися? Якщо так, то як ви це робили і які результати ваших спроб?

Уважно вислухавши відповіді клієнта на ці питання і проаналізувавши їх, психолог-консультант може сформулювати гіпотезу про те, що насправді відбувається з пам'яттю клієнта і які проблеми в нього найімовірніше є. Відповідно до цієї гіпотези психолог-консультант може вибрати один або декілька спеціальних психологічних тестів, призначених для вивчення пам'яті клієнта.

Далі, вивчаючи пам'ять клієнта, психолог-консультант може поставити точний діагноз і запропонувати клієнтові цілком конкретні рекомендації з практичного вирішення його проблем.

Для діагностики пам'яті дітей і дорослих рекомендують використовувати і загальні, і спеціальні методи. Наприклад, вивчаючи пам'ять у дітей в процесі її розвитку, можна скористатися певними діагностичними методиками.

Оцінюючи процес зорового впізнавання у дітей дошкільного віку можна скористатися методикою «Упізнай фігури». Ця методика дозволяє досліджувати процес упізнавання в дітей 3–5-річного віку.

За допомогою іншої методики – «Запам'ятай малюнки» – можна визначити обсяг короткочасної зорової пам'яті в дітей того ж віку. Цією ж методикою можна скористатися для діагностики пам'яті дітей старшого віку, що йдуть до школи або вже навчаються в ній, а також пам'яті дорослих.

Обсяг короткочасної пам'яті дошкільників, школярів і дорослих визначають за допомогою методики «Запам'ятай цифри».

Якщо психолога-консультанта цікавить динаміка процесу запам'ятовування – заучування, то можна скористатися методикою «Вивчи слова».

Коли психодіагностика пам'яті проводиться для визначення готовності дитини до навчання в школі або ж для встановлення рівня розвитку в неї окремих видів пам'яті, то найкраще використати методики, які, крім того, дозволяють отримати більш повну інформацію про розвиток короткочасної оперативної й опосередкованої пам'яті.

Для встановлення точного об'єму короткочасної зорової пам'яті слід використовувати методику, розраховану на запам'ятовування і відтворення ламаних ліній.

Оперативну зорову пам'ять дуже добре оцінюють за допомогою методики, у якій досліджувані візуально ідентифікують заштриховані трикутники.

Оперативну слухову пам'ять оцінюють за допомогою методики, у якій досліджуваний повинен на слух серед інших слів, які промовляються, упізнати ті, які він до цього один раз почув.

Діагностику опосередкованої пам'яті проводять за допомогою спеціальної методики, в якій клієнт придумує сам і далі використовує для запам'ятовування певні засоби, які дозволяють йому не лише запам'ятати, але й відтворити інформацію на слух.

Особливістю цієї методики є те, що її можна застосовувати не лише для вивчення опосередкованого запам'ятовування і пригадування матеріалу в школярів і дорослих, але також і в

дошкільників у віці від трьох до п'яти років, за допомогою простих малюнків як мнемотехнічних засобів.

Вивчаючи особливості процесу запам'ятовування і відтворення матеріалу в дорослих, також можна користуватися цією методикою, замінивши в ній прості й добре знайомі короткі слова на нові й складніші.

Тести комунікативних здібностей

Комунікативні здібності – це знання, уміння й навички, пов'язані з процесом спілкування людей. Вони складаються з розуміння слухати й розуміти людину, встановлювати з нею гарні особистісні й ділові взаємини, психологічно впливати на неї.

Про проблеми в розвитку комунікативних здібностей людини свідчать такі типові ознаки:

- боїться публічності;
- відчуває підвищене занепокоєння, тривожність, очікуючи спілкування з малознайомими людьми;
- не зовсім задоволена результатами, яких вона реально домагається в практиці спілкування з людьми;
- уникає людей, особливо незнайомих, і боїться вступати в особисті й ділові контакти з такими людьми;
- слабо розвинені вербальні й невербальні комунікативні уміння й навички;
- не здатна привертати до себе увагу з боку інших людей, не викликає симпатії до себе з їхнього боку;
- не вміє переконувати людей і чинити на них позитивний вплив;
- розгублюється, ніяковіє, почуває себе незручно в різних ситуаціях спілкування;
- не знає, як поводитися і що відповідати людям, якщо вони звертаються до неї;
- не складаються нормальні взаємини з людьми і часто через це виникають міжособистісні конфлікти.

На всі ці ознаки передусім повинен звертати увагу психолог-консультант, розмовляючи з клієнтом. Дефіцит комунікативних здібностей у клієнта порівняно легко помітити, уважно спостерігаючи за тим, як він поводить себе в психологічній консультації і як розмовляє з різними людьми, у тому числі з самим психологом-консультантом.

Якщо психологові-консультантові потрібно дещо уточнити, не задовольняючись суто візуальною психодіагностикою комунікативних здібностей клієнта, то йому додатково можна задати ряд запитань, що відповідають змістові перерахованих симптомів – ознак дефіциту комунікативних здібностей. Можна, наприклад, запитати клієнта про те, чи часто і чи багато він спілкується з людьми, чи вважає за краще залишатися один, чи задоволений результатами спілкування з різними людьми.

У тому випадку, якщо для точної діагностики комунікативних проблем клієнта і формулювання відповідних практичних рекомендацій цього виявиться недостатньо, можна буде звернутися до одного зі спеціальних психологічних тестів, розрахованих на оцінку комунікативних здібностей.

«Якою є дитина у взаєминах з оточенням?»

Цей тест дозволяє оцінити, наскільки розвинені комунікативні якості особистості в дітей 3–5-річного віку.

Тест Спілбергера на дослідження тривожності.

Цей тест призначається для вивчення дітей підліткового віку, а також для дорослих людей. Він дозволяє за рівнем тривожності оцінювати розвинутість комунікативних здібностей і комунікативних проблем клієнта.

Якщо рівень особистісної тривожності в клієнта доволі високий, то, найімовірніше, комунікативні проблеми в нього проявляються в різних життєвих ситуаціях. Якщо високим виявиться рівень ситуативної тривожності, то, очевидно, комунікативні труднощі в клієнта виникають тільки в деяких, специфічних ситуаціях спілкування з людьми.

Тест на агресивність (модифікація відомого тесту Розенцвейга)

Цей тест також призначений і для підлітків і для дорослих. За рівнем агресивності людини, яку визначають за допомогою цього тесту, можна з'ясувати, чи є в неї комунікативні проблеми. Якщо агресивність цієї людини доволі висока, то такі проблеми у неї є майже напевно.

5. Коли ж психолог-консультант припускає, що дорослому клієнтові бракує якихось суттєвих комунікативних особистісних якостей, то це можна практично перевірити за допомогою таких методик: *тест на оптимізм, тест на об'єктивність у стосунках до людей, тест на незалежність, тест на пошук виходу зі складних*

життєвих ситуацій, тест афіліації, тест на якості лідера, тест на ефективність лідерства.

Слід підкреслити, проте, що всі вказані методики не дають абсолютно точної і вичерпної інформації про суть комунікативних проблем клієнта. Вони лише підтверджують або спростовують результати попередньої бесіди, проведеної психологом-консультантом із клієнтом, а також висновки, зроблені на основі безпосереднього спостереження за його поведінкою під час консультації.

Тести організаторських здібностей

Організаторські здібності – це практичні уміння людини, пов'язані з організацією якоїсь справи або взаємодії людей при її виконанні.

Відсутність або недостатній рівень розвитку в клієнта організаторських здібностей можна встановити по-різному: по-перше, із розповіді клієнта про те, що йому в цій справі вдається або не вдається, по-друге – через аналіз його відповідей на спеціальні тести-опитувальники.

Передусім, слід з'ясувати, наскільки у клієнта розвинені спеціальні мотиви – соціальні потреби, які обов'язково мають бути в хорошого організатора. Це, наприклад, такі мотиви до діяльності, як потреба досягнення успіху, установка на підвищену соціальну активність, оптимізм, об'єктивність в оцінці людей, незалежність, уміння знаходити вихід зі складних життєвих ситуацій, низька тривожність. Для психодіагностики всіх цих якостей підходять такі методики:

- для діагностики тривожності – *опитувальник Спілбергера*;
- для визначення статусу – *соціометрична методика*;
- самопочуття, активність і настрої діагностуються за допомогою *методики САН*;
- об'єктивність у ставленні до людей – за допомогою *тесту на об'єктивність*;
- незалежність – за допомогою *тесту на незалежність*;
- уміння знаходити вихід зі складних життєвих ситуацій – за допомогою відповідного опитувальника;
- якості лідера й ефективність лідерства, відповідно, діагностуються за допомогою *методики «Лідер»* і *методики «Ефективність лідерства»*.

Тести спеціальних здібностей

Спеціальні здібності – це, по-перше, такі здібності, які є не у всіх без винятку людей, по-друге, – такі здібності, від яких залежить в основному успішність виконання людиною окремих, досить складних і специфічних видів діяльності, наприклад, художньо-мистецької, технічної, організаторської, математичної та ін.

Факт недостатньо високого розвитку, наприклад, математичних здібностей можна підтвердити або спростувати за допомогою таких психологічних тестів, які підходять також і для того, щоб слідкувати за процесом розвитку цих здібностей у дітей шкільного віку, практично оцінюючи наявний рівень їх розвитку.

Для оцінки розвиненості внутрішнього плану виконання арифметичних дій, що виступають як початкова, базисна умова вдосконалення всіх інших математичних здібностей, підходить методика «Уміння рахувати в пам'яті», яка може з успіхом застосовуватися до людей у найширшому діапазоні віку – від старшого дошкільного віку до дорослого. З її допомогою можна, зокрема, встановити, наскільки швидко і добре людина вміє виконувати в пам'яті основні арифметичні дії з різними числами: додавання, віднімання, множення та ділення в межах ста.

Про наявність задатків до розвитку математичних здібностей, представлених у вигляді вміння точно визначати поняття й виконувати в пам'яті складні дії порівняння, аналізу й синтезу інформації, можуть свідчити результати тестування, що проводиться за допомогою методики «*Формування понять*». Для цього ж використовують методику «*Матриці Равена*».

Наступна методика – «*Логіко-кількісні відношення*» – практично оцінює два важливі вміння, які в діяльності професіонала-математика зазвичай супроводжують один одного. Це – вміння лічити в пам'яті й міркувати логічно. Відповідну методику рекомендують застосовувати, починаючи з 3–4 класів загальноосвітньої школи, оскільки дітям більш раннього віку вона може виявитися недоступною.

Якщо основне завдання психологічного тестування полягає в тому, щоб визначити рівень розвитку в людини тих компонентів математичних здібностей, які безпосередньо стосуються засвоєння вищої математики, зокрема вищої алгебри, то рекомендують скористатися числовим субтестом відомого *тесту Айзенка*. Цей тест бажано застосовувати в старших класах середньої школи в тих

випадках, коли в психологічну консультацію за практичною порадою звертаються старшокласники або їхні батьки з приводу вибору майбутньої професії після закінчення загальноосвітньої школи.

Рівень розвитку фізико-технічного мислення і відповідних здібностей у школярів можна визначити за допомогою *тесту Беннета*. Зміст включених у нього завдань враховує як знання, що отримуються в школі на уроках фізики, так і уявлення, пов'язані з практичним досвідом користування технікою.

Задатки до розвитку лінгвістичних здібностей у дітей дошкільного віку (трьох-п'яти років) можна оцінювати за допомогою таких методик: *«Назви слова»* і *«Розкажи за малюнком»*.

Перша з цих методик визначає запас слів, який зберігається в активній пам'яті дитини і може використовуватися нею в мовленні. Крім того, ця методика дозволяє з'ясувати, наскільки дитина знайома з поняттями, що означають тварин, рослини, кольори та форми предметів, інші їхні ознаки, а також дії людей, їхні якості й способи виконання дій.

Друга зі згаданих методик – *«Розкажи за малюнком»* – дозволяє практично оцінювати багатство й різноманітність мовлення дитини дошкільного віку.

Якщо за результатами застосування цих методик дитина отримує не менше 8 балів, це свідчить про добре розвинуті лінгвістичні задатки, тобто у цієї дитини можуть успішно розвиватися лінгвістичні здібності.

Визначаючи рівень розвитку лінгвістичних здібностей дітей, що йдуть до школи і вже навчаються в початкових класах, рекомендують користуватися такими методиками: *«Визначення понять»*, *«Визначення пасивного словникового запасу»*, *«Визначення активного словникового запасу»*.

Перші дві з цих методик – *«Визначення понять»*, *«Визначення пасивного словникового запасу»* – дозволяють встановити, наскільки добре дитина, що йде до школи, або молодший школяр знає точний об'єм і зміст слів-понять і уміє дати їм визначення. Третя методика – *«Визначення активного словникового запасу»* – дозволяє оцінювати лексичну, стилістичну та граматичну різноманітність мовлення дитини і, крім того, може засвідчувати рівень розвитку її лінгвістичних здібностей загалом. Цей рівень вважають доволі високим, якщо дитина за цією методикою отримала не менше 8 балів.

Для оцінювання рівня розвитку лінгвістичних здібностей в середніх і старших класах школи можна застосувати словесний

субтест тесту Айзенка. Він допоможе визначити, наскільки добре у школяра розвинуте лінгвістичне мислення, пов'язане зі знанням лексики і з умінням виконувати лексичні завдання на пошук потрібних слів.

Для оцінювання рівня розвитку інших складників лінгвістичних здібностей у середніх і старших класах школи немає потреб застосовувати спеціальні психологічні тести, оскільки на уроках мови та літератури учні виконують чималу кількість спеціальних завдань і вправ, які дозволяють оцінити рівень розвитку їхніх лінгвістичних здібностей.

Тести темпераменту і характеру

Темпераментом в психології, як відомо, називають сукупність динамічних особливостей когнітивних процесів і поведінки людини, а характером – систему стійких особистісних властивостей, що визначають вчинки людини. Здебільшого звернення клієнтів у психологічну консультацію так чи інакше стосується характеру людини та її темпераменту. Тому психологові-консультантові важливо знати й практично володіти сукупністю методик, за допомогою яких оцінюються темперамент і характер людини.

Під час психодіагностики темпераменту психолог-консультант може використовувати відповідні методики.

Передусім, це *методика В. Русалова*. Вона дозволяє практично оцінювати ряд властивостей темпераменту, що проявляються в людини в роботі і в спілкуванні з людьми, серед яких енергійність, пластичність, темп та емоційність.

Існує також багато психодіагностичних методик, призначених для оцінювання різних рис особистості людини. Це, зокрема, комплексні психологічні тести, призначені для вивчення особистості, яку описують через систему понять, що різнобічно характеризують людину, причому переважно ці поняття представляють окремі риси характеру.

Є також ряд психологічних методик, призначених для диференційної діагностики рис характеру людини.

Серед різноманітних рис характеру, з приводу корекції яких клієнти можуть звертатися в психологічну консультацію, виокремлюють тривожність. У цьому випадку передусім рекомендується точно оцінити дійсний рівень тривожності в клієнта, і це бажано зробити вже під час першого його звернення в

психологічну консультацію. Далі доцільно з'ясувати рівень тривожності клієнта вже після того, як він повністю виконав рекомендації, отримані від психолога-консультанта.

Це дозволить самому клієнтові переконатися в тому, що отримані ним рекомендації дійсно виявилися корисними. Усвідомлення цього факту не лише закріпить досягнутий позитивний результат консультування, але ще більше знизить рівень тривожності у клієнта. Для психолога-консультанта це стане додатковим свідченням того, що його рекомендації виявилися не даремними і дасть можливість удосконалити власну практику консультування.

Якщо йдеться про ступінь тривожності дітей дошкільного віку, то її можна практично оцінити за допомогою *методики «Вибери потрібну особу»*. Ця методика є дитячим тестом тривожності Р. Темпла, М. Дорки і В. Амен.

Її застосовують і під час роботи з дітьми молодшого шкільного віку, але в цьому випадку можна скористатися й іншим тестом, призначеним для дорослих (*тест Спілбергера–Ханіна*), якщо діти цього віку вже розуміють, правильно сприймають і правильно реагують на твердження відповідного тесту. Цей тест дозволяє, по-перше, оцінювати тривожність людини як досить розвинуту особистісну якість, по-друге, дає можливість відокремити особистісну тривожність від ситуаційної.

Ситуаційна тривожність є менш стійкою і, отже, більш мінливою рисою характеру людини, тоді як особистісна тривожність, навпаки, доволі стабільна і менш мінлива. Крім того, рекомендації, запропоновані клієнтові, передусім повинні стосуватися впливу на ситуаційну тривожність і належати до соціальних ситуацій, з якими клієнт легко міг би впоратися самостійно. Після цього можна переходити до рекомендацій щодо складніших ситуацій, і тільки на завершення – до спроб корекції особистісної тривожності.

Така послідовність дій пояснюється тим, що за зниження рівня тривожності дуже важливо, щоб клієнт постійно отримував позитивні підкріплення від зусиль, які він докладає. Вистачає одного-двох збоїв, і позитивні зрушення зійдуть нанівець: відновиться і почне діяти усталена звичка занадто емоційно, з підвищеним рівнем занепокоєння реагувати на будь-яку ситуацію. Це, своєю чергою, збільшить рівень тривожності людини.

Чимало проблем у житті завдає і така риса характеру, як агресивність. Людина, яка ставиться до інших з підвищеною агресивністю (ворожістю), навряд чи зможе розраховувати на гарне ставлення у відповідь.

Агресивною людиною не народжується, а в основному стає через недоліки у вихованні, коли, наприклад, у дитинстві, упродовж доволі тривалого часу до неї самої ставляться вороже і, крім того, коли вона навколо себе в поведінці інших людей бачить не лише ніким не засуджувані, але й агресивні дії, що активно підтримуються. Із часом такі дії починають розглядатися як норма в міжособистісній поведінці людей. Ставши дорослою, така людина найчастіше не помічає проявів власної агресивної поведінки і не зовсім розуміє, чому інші люди недобре ставляться до неї.

У цьому випадку корисно провести психологічне тестування клієнта на визначення ступеня його власної агресивності, щоб довести наявність у нього такої негативної риси характеру.

Корисну інформацію про агресивні тенденції в поведінці клієнта може дати тест Розенцвейга, модифікований для оцінювання агресивності. Цей тест використовують в основному в роботі з дітьми віком 10–15 років, і з дорослими людьми.

Якщо в ході психологічного консультування виникає потреба уточнити ступінь розвиненості в клієнта вольових рис характеру, то корисним у цьому випадку може виявитися *тест на силу волі*.

Іноді проблема характеру людини полягає в тому, що вона є недостатньо самостійною, психологічно занадто залежною від оточення, але в той же час активно прагне стати більш незалежною. Щоб уточнити, чи дійсно реальна проблема клієнта полягає саме в несамоствійності, а також визначити, наскільки в нього розвинуте прагнення до незалежності (можливо, його проблема полягає не в самому характері, а у відсутності належної мотивованості), рекомендують звернутися до спеціального *тесту на незалежність*.

Під час консультування з розвитку ділових рис характеру людини найперше виникає питання про наявність або відсутність у цієї людини почуття відповідальності. Відомо, що це важливе почуття і відповідна йому ділова якість людини функціонально пов'язана з так званним рівнем суб'єктивного контролю. Тому, звернувшись до психологічного *тесту РСК*, за результатами тестування можна дізнатись про розвиненість у клієнта відповідальності, як специфічної риси характеру.

До ділових рис характеру, від яких практично залежать життєві успіхи людини, належить також упевненість людини в собі. Ступінь розвиненості цієї якості у клієнта можна визначити за результатами його тестування за допомогою методики «Вихід зі складних життєвих ситуацій».

Упевнена в собі людина буде доволі легко й швидко знаходити вихід зі складних життєвих ситуацій, а невпевнена в собі – робитиме це з великими труднощами.

Ще однією важливою діловою якістю людини є її прагнення до досягнення успіхів. Ступінь розвиненості цієї якості у дітей старшого дошкільного і молодшого шкільного віку можна визначити за допомогою методики *«Запам'ятай і відтвори малюнок»*. Для вивчення мотивації досягнення успіхів у дорослих підходить інша методика – проєктивного типу, в основі якої – відомий *Тематичний Аперцептивний Тест (ТАТ)*.

Часто в психологічну консультацію звертаються люди, проблема яких полягає в тому, щоб точно оцінити і далі розвинути в себе ще одну важливу ділову особливість характеру, а саме – бажання, прагнення і здатність стати лідером для інших людей. У цьому випадку корисними є такі методики: *«Лідер»* і *«Ефективність лідерства»*.

Якщо проблеми характеру клієнта стосуються змісту і стилю його спілкування з іншими людьми, тобто є за своєю природою комунікативними, то для психологічного тестування клієнта рекомендують скористатися, зокрема, такими психодіагностичними методиками: *«Якою є дитина у стосунках з оточенням?»*, *«Комунікативно-особистісний опитувальник для батьків, вихователів і родичів дитини»*.

Ці дві методики рекомендують використовувати під час тестування дітей дошкільного віку. Проводячи обстеження дітей, що йдуть до школи, і молодших школярів, до цих методик можна додати *«Анкету для батьків, вихователів і учителів»*.

Під час психодіагностики підлітків, старших школярів і дорослих дуже цінну інформацію про комунікативні риси характеру дозволяють отримати методики *«Семантичний диференціал»*, *«Тест на об'єктивність ставлення до людей»*, *«Тест-опитувальник афіліації»*.

Клієнтів, котрі звернулися в психологічну консультацію із приводу характерологічних проблем, часто хвилює питання про те, чи немає у них так званих аномальних, близьких до патологічних, рис характеру, наприклад, акцентуацій характеру або комплексів. У цьому випадку, як правило, необхідне різнобічніше патохарактерологічне обстеження клієнта, і виникає потреба одночасного звернення до багатьох психодіагностичних, у тому числі багатофакторних методик.

2.1. Деонтологічні засади діяльності клінічного психолога

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

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

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

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

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

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

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

Формування теорії особистості передбачає внутрішню логічну структуру, що включає ідеал особистості, реальні прояви особистості в конкретному суспільстві і систему саморегуляційних та ситуативно-формуєчих (мимовільно-соціальних і цілеспрямовано-

психологічних) шляхів втілення належних ідеальних рис. Вчення про ідеальну особистість і способи її проявлення в індивідуально-психологічних якостях перебуває у статусі належностей, реалізація яких є обов'язковою. Тобто будь-яка психологічна теорія, що містить зазначену вище структуру, може бути розглянута як деонтологічна. Певним взірцем деонтологічності психологічної теорії може бути, наприклад, теорія особистості Е. Фромма, що містить антиномічні поняття «бути» і «володіти», за допомогою яких розкриваються способи самовиявлення особистості.

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

Медична деонтологія – сукупність етичних принципів і правил поведінки медичного працівника під час виконання професійних обов'язків, тобто надання хворій людині максимального обсягу

фахової допомоги, а також передбачає виключення ймовірності завдання їй шкоди та сприяє підвищенню ефективності лікування пацієнта і запобігання виникненню ускладнень, хронізації процесу та приєднанню супутніх захворювань. Загалом сутності поняття медичної психології найкраще відповідає латинська приказка «*Salus aegroti suprema lex*» (*Добро хворого – найвищий закон*).

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

Звичайно, крім свободи, мораль знає і необхідність. Ця суперечність, яка зовні може здаватися суперечністю спрямованості діяльності – вибору (у вузькоситуативному значенні), насправді є внутрішньоособистісною суперечністю. Відтак, розв'язання моральних дилем залежить у першу чергу від особистісних якостей людини. Етична проблематика містить у своїй основі психологічні виміри. Сфера моральності – це не тільки проблеми обов'язку, свободи, відповідальності, це також глибокий і неповторний світ суб'єктивних переживань, ідеалів та прагнень, невичерпної діалектики людської душі. Це одвічні питання добра і зла, сенсу життя і ставлення до смерті, честі та гідності людини, сорому і совісті, любові й співчуття. До цієї сфери належить цілий комплекс проблем людської діяльності й міжособистісних стосунків. Важливим аспектом етичного становлення людини є розвиток моральних якостей особистості – доброти, чесності, справедливості тощо.

Розглядаючи моральні конфлікти і шляхи їх подолання у процесі групової психологічної діяльності, варто мати на увазі, що психолог зобов'язаний у процесі своєї діяльності суворо дотримуватися

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

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

2.2. Психологічні особливості лікувально-діагностичного процесу

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

Для успішного міжособистісного спілкування лікареві потрібно:

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

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

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

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

– дотримуватись усталених норм і правил, що уможливлюють спілкування.

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

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

У процедурі спілкування наявні такі етапи:

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

2. Орієнтування у цілях спілкування, в ситуації спілкування.

3. Орієнтування в особистості пацієнта.

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

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

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

7. Коректування напрямку, стилю, методів спілкування.

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

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

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

Причинами неефективної комунікації лікаря з пацієнтом найчастіше виступають:

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

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

– сприймання лікаря як ворога, який намагається порушити цілісність особистості пацієнта та втручається у його особисте життя;

– сприймання лікаря як об'єкта, що зобов'язаний надавати допомогу, не висловлюючи власних думок та емоцій;

– сприймання лікаря як бездушної істоти, націленої на отримання власної вигоди тощо.

Стереотипи лікарів щодо пацієнтів:

– пацієнт-симулянт, який намагається отримати вторинну вигоду;

– пацієнт-обманщик, який намагається приховати (перебільшити чи применшити) симптоми захворювання;

– пацієнт нав'язує лікареві свою точку зору на хворобу, діагноз, методи лікування,

– пацієнт намагається отримати якомога більше уваги лікаря для підвищення власної самооцінки тощо.

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

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

3. Вороже ставлення до людей (чи конкретної людини). Якщо у пацієнта відзначають вороже ставлення до конкретного лікаря, психолог повинен спробувати з'ясувати це, якщо можливо, спростувати, або ж запропонувати змінити лікаря. Коли вороже ставлення спостерігають у лікаря, у лікувальній практиці зазвичай просто змінюють лікаря. Для медичного психолога така ситуація є сигналом про наявність у лікаря нерозв'язаних психологічних проблем, які ускладнюють його фахову діяльність. Індивідуальна або

групові психотерапії можуть допомогти лікареві виявити причину ворожості і знайти способи її подолання. При ворожому ставленні до усіх людей в першу чергу слід провести психіатричне обстеження пацієнта, а за відсутності психічних розладів – проводити тривалу психотерапію, що включає психоаналіз, когнітивно-біхевіоральну терапію, гештальт-терапію.

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

5. Нехтування фактами, тобто звичка робити висновки за відсутності достатнього підтвердження інформації. Успішні лікарі ніколи не роблять категоричних висновків щодо діагнозу пацієнта, не маючи на це достатніх підстав, а під час лікування проводять необхідні додаткові методи дослідження, які дають підстави підтвердити або спростувати діагноз. Встановлення діагнозу пацієнта «з першого погляду» зазвичай свідчить про недостатню фаховість лікаря і часто спостерігається у молодих лікарів. Виняток становить незначна кількість нозологій, у клінічній картині яких наявні патогномонічні симптоми (наприклад, сколіоз). Однак серйозний лікар завжди проводить додаткові дослідження, які б підтвердили правильність його діагнозу і допомогли виявити причини формування хвороби. Пацієнти по-різному ставляться до подібної «експрес-діагностики». Якщо лікар користується беззаперечною довірою пацієнта – діагноз сприймається схвально і підтверджує ставлення пацієнта до лікаря. Та якщо у пацієнта немає впевненості у фаховості лікаря – такий діагноз викликає обурення і неприйняття пацієнта,

призводить до конфліктів та змушує пацієнта звернутися до іншого лікаря.

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

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

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

Різновид напівзакритої комунікації – однобічне випитування, при якому лікар намагається отримати від пацієнта усю необхідну йому інформацію, не відкриваючи свого бачення сутності проблеми пацієнта. Саме така комунікація переважає у лікарському спілкуванні. Лікарі для виконання своїх професійних обов'язків потребують від пацієнтів лише тих даних, які стосуються безпосередньо причини їх звернення до лікаря. При цьому лікарі

уникають торкатися проблем, пов'язаних із порушенням діяльності інших органів і систем пацієнта, а особливо – його психічних розладів та психологічних проблем. Подібний тип спілкування може давати короткотривалий позитивний ефект на період безпосереднього лікування ураженого органа пацієнта, але він не створює у пацієнта відчуття «одужання», яке обов'язково включає, крім подолання фізіологічних проблем, налагодження психічного стану.

Іншим поширеним серед лікарів видом спілкування є формальне спілкування – т. зв. «контакт масок», коли лікар не прагне зрозуміти та врахувати особливості особистості пацієнта, а використовує звичні маски: ввічливості, скромності, співчуття – набір виразів обличчя, жестів, стандартних фраз, що дають змогу приховати його справжні емоції, ставлення до пацієнта (зазвичай – байдужість). Примітивне спілкування, коли пацієнта оцінюють лише як об'єкт, потрібний для професійної діяльності: якщо він потрібен – то з ним активно вступають в контакт, якщо не потрібен – втрачають подальший інтерес до нього і не приховуючи цього, нехтують ним. Перелічені види спілкування не лише не дають значного лікувального ефекту, утруднюють діагностику і лікування пацієнта, а й чинять значний негативний вплив на самого лікаря. Саме вони сприяють професійній деформації лікаря, формуванню «синдрому емоційного вигорання» – а відтак призводять до зниження лікарем самооцінки, пригніченості і депресивності.

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

Зрозуміло, що не всі лікарі можуть однаковою мірою володіти навичками ефективного спілкування з пацієнтами, яке вимагає і емоційних, і часових затрат. Та досягти бажаного результату і провадити спілкування на прийнятному рівні можна дотримуючись основних загальних вимог спілкування: бути ввічливим, тактовним, дотримуватися інтересів пацієнта, не засуджувати його, уникати суперечок, бути доброзичливим, привітним, повідомляти в потрібний-момент пацієнтові необхідний йому обсяг інформації,

дотримуватися принципу ясності інформації, не обманювати пацієнта, не відволікатися від його проблем, висловлювати свої думки ясно і переконливо для пацієнта, вислуховувати і намагатися зрозуміти потрібну думку пацієнта та враховувати його індивідуальні особливості заради інтересів діла.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Психологічними показниками успішності міжособистісного спілкування лікаря та пацієнта є його легкість, задоволеність

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

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

Дуже важливим для лікаря є уміння переконувати пацієнта, адже часто страх і підвищений рівень тривожності змушують пацієнтів відмовлятися від проведення необхідних діагностичних чи лікувальних маніпуляцій або нехтувати порадами і настановами лікаря. Уміння застосовувати добре продумані і доказові аргументи, інформувати пацієнта про реальний стан його здоров'я та можливі ускладнення часто вимагають від лікаря застосування спеціальних прийомів раціонального переконання щодо пацієнтів, які звикли до виваженої оцінки інформації або ж умовляння, особливо коли йдеться про кризову ситуацію, а також з пацієнтами з невисоким рівнем пізнавальних здібностей. Тому прийнято говорити про необхідність значного рівня соціального інтелекту у лікаря, який свідчить про значний рівень адекватності та успішності фахової взаємодії, дозволяє зберегти його в умовах, що вимагають

концентрації уваги і опору емоційному напруженню, психологічному дискомфорту у стресі, надзвичайних ситуаціях, кризах.

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

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

У структуру вербального спілкування входять:

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

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

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

чи шепіт. Усі інші надають висловлюванню лікаря невпевненості і непрофесійності.

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

Говорячи про невербальну комунікацію, найчастіше мають на увазі зовнішність та її оформлення, міміку, пози, жести людини, невербальні аспекти її мовлення, поведінку у просторі; запахи тощо. Однак слід пам'ятати, що усі невербальні повідомлення взаємодіють, часом доповнюючи одне одного, а часом – суперечачи. Тому лікареві слід не лише уважно спостерігати за невербальними повідомленнями своїх пацієнтів, інтерпретувати їх та порівнювати із вербальними, а й намагатися контролювати власні, щоб вони не вступали у протиріччя з мовленнєвими повідомленнями та не трактувалися хибно пацієнтами. Адже пацієнти, зауваживши подібні невідповідності, практично завжди пов'язують їх із намаганням лікаря приховати «страшну правду» про стан їхнього здоров'я. Невербальні засоби спілкування:

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

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

– проксемічні - перебування у просторі при спілкуванні.

Найбільш інформативною, зрозумілою і легкою у декодуванні у процесі спілкування є міміка – рухи м'язів обличчя, що відображають внутрішній емоційний стан, який надає понад 70% інформації. Спілкуючись із пацієнтами, лікарі мають пам'ятати, що лоб, брови, рот, очі, ніс, підборіддя - ці частини обличчя виражають основні людські емоції: страждання, гнів, радість, здивування, страх, відразу,

щастя, зацікавлення, смуток тощо. Важливо зазначити, що основне пізнавальне навантаження у ситуації розпізнавання справжніх почуттів людини несуть брови та губи. Науково доведено, що лівий бік обличчя значно частіше виказує емоції людини, ніж правий; це пояснюється тим, що права півкуля, яка контролює емоційне життя людини, відповідає за лівий бік обличчя. Позитивні емоції відбиваються майже однаково на обох половинах обличчя, а негативні – яскравіше виражені на лівому.

Жести при спілкуванні несуть багато інформації, у мові жестів є слова та речення. У лікарській діяльності особливо важливі жести-ілюстратори – це жести-повідомлення: вказівники (вказівним пальцем пацієнт вказує місце, де він відчуває біль); піктографи, тобто образні картини зображення (отакого розміру і такої форми), часто виступають як важливе діагностичне доповнення; кінетографи – рухи тілом краще за слово описують ті вимушені рухи, як повинен робити пацієнт, щоб зменшити свої страждання; а також жести-біти (жести-відмашки) та ідеографи – своєрідні рухи руками, що сполучають уявні предмети. Спілкування включає значну кількість жестів-регуляторів, що виражають ставлення до почутого, це може бути: посмішка, кивок, скерування погляду, цілеспрямовані рухи руками, які дають змогу підтвердити свою зацікавленість у почутому і реагування на нього. Не менш важливим є зчитування жестів-адапторів – специфічних рухів рук: чухання або посмикування окремих частин тіла; торкання або поплескування співрозмовника чи себе самого; погладжування, перебирання предметів, що є під руками (олівець, гудзик тощо), які зазвичай вказують на підвищений рівень тривожності пацієнта, його невпевненість у собі, намагання заспокоїтись, здійснюючи звичні рухи. Складнішим для декодування є жести-ефектори, що виражають певні емоції за допомогою рухів тіла або м'язів обличчя, оскільки кожна людина може вкладати в них різний, часом парадоксальний зміст. Але вони стають зрозумілими під час тривалого спостереження за пацієнтом і можуть надавати додаткову інформацію про самопочуття та переживання пацієнта.

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

Загальновідомі жести оцінювання (почухування підборіддя, випростування вказівного пальця вздовж щоки; вставання і ходіння), які можуть підказати лікареві, що пацієнт не переконаний у правильності висновків лікаря; жести впевненості – з'єднання пальців

у склепіння піраміди; розгойдування на стільці, які зазвичай роблять пацієнти, впевнені у власній думці, які прийшли отримати медичну допомогу, вже маючи власний діагноз та план лікування; жести невпевненості та знервованості (переплетені пальці рук, пощипування долоні, постукування пальцями по столу), які вказують на тривожність пацієнта, невпевненість щодо стану їхнього здоров'я та щодо фаховості лікаря; жести самоконтролю (руки за спиною, одна стискає іншу, людина сидить на стільці, міцно вчепившись руками в бильця) свідчать про тривожність пацієнта, яку він намагається приховати від лікаря, страх смерті, страх лікування тощо; жести очікування (потирання долонь, повільне витирання долонь об тканину) теж вказують на тривожність пацієнта, його неспокій щодо стану здоров'я і перспектив; жести заперечення (руки складені на грудях, тулуб відхилений назад, схрещені руки, дотики до кінчика носа) вказують на незгоду пацієнта з позицією лікаря і вимагають пояснень, уточнень і переконання пацієнта; жести прихильності (прикладання руки до грудей, переривчасті дотики до лікаря) вказують на довіру і прагнення отримати допомогу. Уміння краще розуміти ці та інші жести дозволять лікареві краще оцінювати психічний та соматичний стан пацієнта, його рівень довіри до лікаря, щирість тощо.

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

Ефективне застосування різних стилів слухання сприяє збереженню і розвитку міжособистісних взаємин лікаря і пацієнта.

Уміння слухати – це найважливіша умова і запорука продуктивного спілкування лікаря з пацієнтом. Не слід вважати, що слухання – це пасивна поведінка в розмові, тобто неговоріння, коли поки говорить один, інший лише мовчки очікує перерви в його монологі, і, як тільки той замовкає, другий починає говорити про свої проблеми, або й перебиває першого, не дочекавшись, поки він закінчить. Хоча пацієнти досить часто сумирно сидять, поки говорить лікар, – зрозумівши, що він зробив паузу, починають говорити про свої проблеми, не пов'язані (принаймні очевидно) з хворобою пацієнта. Якщо лікар націлений на ефективну взаємодію з пацієнтом, він вислухає його, адекватно відреагує на почуте і лише тоді знову повернеться до проблем здоров'я пацієнта. Лікарям, які вміють слухати, пацієнти розповідають свої найбільш сокровенні таємниці, які часто допомагають виявити причину захворювання та з'ясувати психологічні проблеми, з ним пов'язані.

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

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

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

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

Кожному лікареві у своїй практичній діяльності неодноразово доводиться спостерігати прояви античності, відчуження і самотності у пацієнтів. Ці відчуття у різній мірі в різні періоди життя притаманні кожній людині, та хвороба зазвичай загострює їх прояви і призводить до формування стійкої психологічної самотності, що виявляється у відчутті суб'єктивної від'єднаності, відчуження від своїх близьких. Незадоволення стосунками, намагання звести їх до формальних і поверхневих, напруженість, відчай, туга значно утруднюють процес міжособистісного спілкування пацієнта, в т.ч. з лікарем. Однак лікарі знають, що зазвичай така поведінка свідчить про прагнення пацієнта

мати стійкі довірливі особистісні стосунки із значущими іншими, і часто саме лікар «ламає кригу» відчуження пацієнта, після чого налагоджуються стосунки не лише з самим лікарем, а й з родичами пацієнта.

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

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

Спілкування між лікарем і пацієнтом повинно бути ефективним через необхідність їх постійної міжособистісної взаємодії, скерованої на подолання хвороби. А для цього необхідні: взаєморозуміння, координація і узгодження намірів та інтересів пацієнта і лікаря. Взаємне уміння і бажання зрозуміти ситуацію, узгодити з нею вияв своїх емоцій і поведінку є необхідною умовою створення мікроклімату, сприятливого як для одужання пацієнта, так і для роботи лікаря. Оскільки лікар повинен у взаємодії з пацієнтом відігравати роль лідера, а також впливати на пацієнта, для нього потрібні такі якості: впевненість, наполегливість, комунікабельність, орієнтація на успіх, здатність до саморегуляції, працездатність, соціальний інтелект. Аналіз експериментальних даних психологів щодо здатності особистого впливу дає підстави зробити висновок про існування комплексу комунікативно-особистісних властивостей, необхідних лікареві, щоб успішно впливати на пацієнтів у

лікувальній взаємодії, до якого входять: легкість у спілкуванні, навички спілкування, адаптивність, впевненість у висловлюваних думках і судженнях, афіліація, розуміння співрозмовника, соціальний інтелект. Звичайно, природа особистісного впливу складна й прямо залежить від темпераменту і типу особистості, а також від харизми лікаря. Оскільки не кожен лікар наділений якостями, необхідними для ефективного впливу на інших людей, у професійній діяльності вдаються до певних стратегій впливу, які у кожен конкретний момент доцільно застосовувати щодо конкретного пацієнта.

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

Як і у кожному спілкуванні, у спілкуванні з пацієнтами лікарі застосовують імперативну, маніпулятивну або розвиваючу стратегію спілкування. Застосування імперативної стратегії виправдовує себе у випадках необхідності надання пацієнтові негайної допомоги; коли пацієнти не виконують приписів лікаря; при лікуванні пацієнтів з вираженими ознаками тривожності та невпевненості у собі. Маніпулятивна стратегія впливу, на перший погляд, досить приваблива при роботі з пацієнтами, які не впевнені у необхідності лікування, у власних силах, у досвіді лікаря, даючи короткотривалий бажаний ефект підкорення розпорядженням лікаря – уже невдовзі призводить до прагнення пацієнта від'єднатися від лікаря, тобто пацієнт перестає виконувати його приписи і намагається уникати спілкування з ним. Тому застосування такої стратегії виправдане лише у випадку необхідності отримання негайного, але короткотривалого підпорядкування і підкорення лікареві, що можна спостерігати переважно при гострих афективних станах. Найбільш прийнятною у роботі з пацієнтами є розвиваюча стратегія спілкування, коли лікар ставиться до пацієнта як до рівноправного суб'єкта спілкування, визнаючи за ним право на висловлювання побажань, власної думки і

суджень, залишаючи за собою право у разі потреби переконувати пацієнта у їхній хибності або неможливості виконання, тобто стосунки лікаря з пацієнтом є симетричними. Головним чинником впливу у цьому випадку виступає переконання, безпосередньо пов'язане з особистим впливом лікаря як здатністю спонукати або стримувати пацієнта. Лікар може застосовувати логічне переконання, апелювати до загальноновизнаних авторитетів тощо.

Намагаючись впливати на пацієнтів, лікар повинен пам'ятати, що, окрім його здатності їх переконувати, слід використовувати й традиційне сприймання образу лікаря як людини, яка володіє достатніми знаннями і навичками, необхідними для надання допомоги іншим людям. Незважаючи на те, що формування образу лікаря не завжди супроводжується глибоким проникненням у його внутрішній світ та адекватною оцінкою або розумінням його особистості, воно передує розумінню пацієнтом особистісних особливостей лікаря. Кожен пацієнт, створюючи образ лікаря, формує певну установку, визначає емоційне і пізнавальне ставлення до нього і намагається згідно із своїми уявленнями регулювати власну поведінку у процесі їхньої взаємодії. Елементи фізичної постави, зовнішності або експресії виступають у формуванні образу лікаря як багатозначні соціальні сигнали, що пояснюють, хто ця людина за віком, досвідом, переконаннями, що вона відчуває у даний момент, як налаштована, який рівень її культури і естетичних смаків, чи впевнена вона у собі, чи комунікабельна тощо. Звичайно, інформація, яку отримують при сприйманні образу іншої людини, не завжди ними усвідомлюється; оскільки вона є фундаментом у побудові образу іншої людини, лікар, спілкуючись із пацієнтом, теж мимоволі створює в уяві його образ. Створення образу пацієнта не лише полегшує міжособистісну взаємодію з ним, а й допомагає точніше виявити усі порушення, наявні у фізичному та психічному стані пацієнта. Для раціонального розуміння пацієнта слід накопичувати, систематизувати вербалізовану інформацію про них і оперування цими даними для досягнення максимальної відповідності суджень, оцінок, уявлень про пацієнта, а також його особистісних якостей, рис, мотивів, що дають змогу оцінювати пацієнтів і прогнозувати їхню поведінку. Намагаючись краще зрозуміти пацієнта, слід не лише неупереджено оцінити пред'явлені особистісні риси, а й намагатися доповнити їх інтуїцією, рефлексією, емпатією. Інтерпретуючи поведінку пацієнта, не можна забувати про

неприпустимість каузальної атрибуції, тобто приписуванні причин поведінки пацієнта, недооцінюючи роль ситуації хвороби і переоцінюючи значення його особистісних рис.

На успішність спілкування лікаря з пацієнтом впливають такі фактори:

- уміння і бажання працювати для отримання бажаного результату (одужання пацієнта або покращання його стану);

- бажання і здатність нести відповідальність і приймати рішення, скеровані на отримання бажаного результату;

- готовність змінювати стратегії і тактики лікування в інтересах пацієнта;

- готовність до співпраці з колегами, пацієнтом та його близькими;

- мистецтво приймати швидкі рішення;

- здатність передбачати майбутнє;

- широкий світогляд;

- чуття ситуації;

- здатність бачити, виокремлювати головне;

- наполегливість;

- уміння управляти своєю думкою та думкою пацієнта;

- повага до інших.

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

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

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

Особливо важливий у взаємодії лікаря з пацієнтом психологічний такт – уміння знайти підхід до кожної людини, встановити з нею довірливі стосунки і ефективно взаємодіяти. Це вимагає уміння знайти відповідну форму спілкування, тон розмови залежно від

психологічного стану та індивідуальних особливостей пацієнта. Чуйність, уважність до пацієнтів, простота і природність у звертанні, об'єктивний підхід до людей – якості, що особливо важливі для лікаря.

Для ефективного процесу лікувальної діяльності лікар повинен також володіти навичками вироблення і прийняття рішень, для чого застосовувати у практичній діяльності аналіз отриманих даних, передбачати ймовірний перебіг хвороби та її результати, бути готовим адекватно відреагувати на будь-які зміни у процесі лікування пацієнта, виявляти чутливість до всіх змін у поведінці та самопочутті пацієнта, уявляти процес психічного перетворення особистості пацієнта під час лікування, а також сприймати, розуміти та оцінювати пацієнтів і процес лікування такими, як вони є. Оскільки у взаємодії «лікар – пацієнт» лікар виконує роль керівника, стосунки з пацієнтами вибудовуються залежно від особистісних особливостей лікаря та пацієнта. Вони можуть бути авторитарними, якщо лікар бере на себе усю відповідальність за життя і здоров'я пацієнта, не враховуючи його особистісних потреб, прагнень і переконань; ліберальними – коли лікар висловлює стандартно-формалізовані рекомендації, залишаючи за пацієнтом можливість обрання стратегій поведінки; демократичними – коли лікар обговорює з пацієнтом стратегії і тактики лікування, обираючи прийнятні – як з позиції лікувального впливу, так і з позиції готовності до них пацієнта, а за необхідності лікар намагається переконати пацієнта щодо зміни його точки зору, ґрунтуючись на доцільності, необхідності та прийнятності такої тактики. Найбільш ефективним, звичайно, є демократичний стиль. Авторитарний стиль поведінки лікаря зазвичай свідчить про значний ступінь вираженості його професійного деформації, а ліберальний – вказує на емоційне вигорання лікаря. Однак у деяких випадках саме застосування авторитарного стилю може врятувати життя пацієнта, а ліберального – спонукати його до необхідності виявляти більшу відповідальність за власне життя і здоров'я.

2.3. Основні форми роботи практичного психолога в медичних установах

Психологічна діагностика належить до основних видів діяльності медичного психолога. Мета діагностики в клінічній практиці полягає в тому, щоб за допомогою різних методів обстеження виявити

достатньо повну картину психологічних особливостей людини, вивчити зміну психічних процесів людей з різними психічними порушеннями. В процесі діагностики виявляються причини конкретного психологічного явища (або його порушення), знання яких потрібне для надання відповідної допомоги. Дослідження певних психічних функцій хворого і його особистості в значною мірою полегшує постановку діагнозу захворювання.

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

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

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

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

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

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

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

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

Тестування у клінічній діагностиці припускає стандартизоване вимірювання певної індивідуальної характеристики. Варто, однак,

завжди мати на увазі, що навіть найнадійніші тести, валідність яких доведена, не дають точних даних для діагностики окремих випадків. Проте можливість повторного застосування тестування дозволяє виявляти різні прояви і зміни в протіканні захворювання.

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

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

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

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

Одними з найважливіших напрямів лікувальної роботи є психокорекція та психотерапія – використання методів психологічної дії для лікування хворого з метою поліпшення відчуття його психологічного благополуччя. Істотною загальною особливістю і психотерапії, і психокорекції можна вважати психологічну дію, спрямовану на нормалізацію або поліпшення психічної діяльності і невросоматичних функцій людського організму.

При цьому одна і та ж психологічна дія найчастіше називається психотерапією, якщо нею займається лікар, і психокорекцією, якщо її застосовує психолог. Розділення цих понять у вітчизняній психології пов'язане не з особливостями роботи, а з узаконеним положенням про те, що психотерапією можуть займатися лише люди, що мають

спеціальну медичну освіту. Це обмеження штучне, оскільки психотерапія має на увазі немедикаментозну, тобто психологічну дію.

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

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

У багатьох країнах, наприклад в Англії, Німеччині, Данії, Норвегії США, випускники університетів, що здобули психологічну освіту, повинні пройти обов'язкові спеціалізовані навчальні програми у сфері клінічної психології, для того, щоб отримати відповідну професійну кваліфікацію. Допуском до психотерапевтичної роботи стає диплом або сертифікат про відповідну кваліфікацію. Психотерапевти в своїй лікувальній роботі повинні усвідомлювати міру відповідальності за особистість пацієнта, оскільки займаються її реконструкцією і відповідають за одужання людини. Психотерапевти найчастіше працюють з неврозами, пограничними станами і психосоматичними захворюваннями. Розглянемо деякі з методів психотерапевтичної роботи.

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

- вивчення особистості хворого, його емоційних реакцій, взаємин, виявлення причин виникнення і збереження невротичного стану;

- допомога хворому в усвідомленні психологічних причин захворювання, в зміні ставлення до психотравмуючої ситуації;

- корекція неадекватних реакцій і форм поведінки.

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

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

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

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

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

У роботі з пацієнтами використовуються також багато інших методів і психотерапевтичних підходів, наприклад, психодрама, транзактний аналіз, гештальттерапія, ігрова терапія, арт-терапія,

музикотерапія тощо. Всього в наш час налічується більше 400 самостійних методів психотерапії. Оволодіння кожним з цих методів вимагає спеціального навчання. Психотерапевт повинен знати психотерапевтичні ідеї і методи роботи, створені в різних психотерапевтичних школах. Основні з них: психоаналіз, аналітична психологія К. Юнга, індивідуальна психологія А. Адлера, тілесна психологія В. Райха, гештальттерапія Ф. Перлза, біхевіоризм Б. Скіннера, гуманістичний підхід К. Роджерса. Кожен психотерапевтичний підхід претендує на ефективність при лікуванні майже у всіх областях психопатології.

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

Психогігієна включає:

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

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

Медичні психологи беруть участь також в психологічній і соціальній реабілітації хворих. Тривале перебування хворих в стаціонарі приводить до «госпіталізму», що виявляється у втраті соціальних зв'язків і професійних навичок. Реабілітація полягає в проведенні комплексу медичних, педагогічних, професійних, психологічних заходів, спрямованих на відновлення працездатності, особистого і соціального статусу людей, що перенесли захворювання. Психотерапевтична дія займає в цьому комплексі заходів важливе місце. Основна мета психотерапії на цьому етапі – відновлення

втраченої активності хворого, його здатності до активного життя, допомога хворому в правильній оцінці своїх можливостей. Тривале перебування в стаціонарі викликає у хворих виражену астеною, посилення хворобливих симптомів, емоційну напруженість, відчуття страху при переході з постільного режиму до активних рухів. У багатьох хворих унаслідок захворювання втрачається здатність виконання до попередньої роботи, з'являється необхідність пристосування до нової роботи і побуту. В результаті виникають побоювання, підвищується тривожність.

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

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

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

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

2.4. Зміст роботи практичного психолога в клініці

Особливістю роботи хірурга є те, що він постійно повинен вирішувати дуже серйозні та складні проблеми, за якими стоять життя і здоров'я пацієнта. Це не тільки діагностика, але й визначення ступеня ризику операції, доцільності тих чи інших додаткових діагностичних і лікувальних маніпуляцій, одержання згоди хворого і

його родичів на термінове хірургічне втручання тощо. Звичайно, прийняття таких рішень вимагає від хірурга великої напруги моральних сил, мобілізації досвіду і знань, глибокого розуміння відповідальності перед хворим. Ускладнює становище хірурга те, що він, не маючи права гарантувати абсолютного успіху, повинен знайти можливості зниження ступеня операційного ризику, а у випадках, коли такий ризик перевищує ризик самої хвороби, мати мужність сказати про це. Чим більшими стають досягнення хірургії, тим вищими – вимоги до хірургів.

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

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

Особливої уваги заслуговує робота психолога у хірургічному відділенні з надання психологічної допомоги дітям в адаптації до умов перебування в стаціонарі та вирішення проблем медичної допомоги невідкладного характеру. Стан таких дітей визначається не тільки фізичною, але і психологічною травмою. Фізична травма, як правило, домінує, тому психологічна травма практично непомітна для хірурга або травматолога, проте часто саме психологічна травма може з'явитися причиною сповільненого одужання дитини. Сам факт дії фізичної травми на психіку дитини – причина психоемоційного стресу. Після психологічної травми, викликаній подією, що виходить за рамки звичайного людського досвіду (загроза життю, руйнування тілесної ідентичності, втрата будинку або близьких тощо) у дитини може розвинути патологічний стрес, при якому особа вражається на

біологічному, психологічному і поведінковому рівнях. При цьому психічний стан людини може негативним чином впливати на механізми одужання. Особистість дитини починає формуватися на основі хворобливих переживань, якщо йому не надана психологічна допомога. Як показує досвід, в цьому випадку дитина стає емоційно вибуховою, некеровано агресивною, мстивою, підозрілою, замкнутою. Її відношення до світу і навколишніх людей обтяжене хворобливим досвідом і тому апріорі негативне. Часто у пошуках компенсації за біль дитина зупиняється на девіантних (асоціальних) формах поведінки. Крім того, у неї розвивається комплекс «вимкненого тіла»: фізичний та емоційний біль породжують феномен «м'язового панцира», дитина стає бездушним циніком, не цінує переживання людей, що оточують її. Щоб розслабитися, їй необхідно пережити ще гостріший стан або удатися до алкоголю або наркотиків. Важливість психотерапевтичної допомоги дитині підкреслюється багатьма відомими фахівцями в області дитячої психології і психотерапії. Так, Ю. Попов в своїх дослідженнях відзначає, що характерною межею цієї групи розладів є їх виразно екзогенна природа, причинний зв'язок із зовнішнім стресором, без дії якого психічні порушення не з'явилися б. Кажучи про епідеміологію посттравматичного стресового розладу (ПТСР), автори наводять наступні дані: синдром розвивається у 50-80 % осіб, які перенесли важкий стрес. Хлопчики виявляються чутливішими, ніж дівчатка до впливу стресорів. Схильність до ПТСР у дітей виражена більшою мірою, ніж у дорослих. Наприклад, після важких опіків цей стан розвивається у 80 % дітей і лише у 30 % дорослих. Це пов'язано з несформованістю механізмів компенсації (копінгу) у дитячому віці. Проте слід зазначити, що проблема ПТСР у дітей ще недостатньо вивчена, тому багато положень в цій області сформульовано на прикладі вивчення ПТСР у дорослих. Показники поширеності ПТСР серед осіб, що пережили екстремальні ситуації, згідно наукових досліджень, коливаються від 10 % у свідків події до 95 % – у важко постраждалих (зокрема з соматичними пошкодженнями).

Результати психологічних досліджень в НДІ невідкладної дитячої хірургії і травматології засвідчують, що з числа 676 хворих дітей у віці від 5 до 16 років більш ніж у 50 % осіб були виявлені особливості перебігу посттравматичних стресових розладів. Порушення процесів мислення (причинно-наслідкові зв'язки, узагальнення – розподіл за істотними ознаками і т. ін.) виявлене у 17 хворих, зміни в емоційній

сфері і порушення структури особистості (у цих хворих емоції і відчуття виключені з оперативного простору розсудливої діяльності у зв'язку з перенесеною травмою) – у 493 дітей. У 48 обстежених пацієнтів травма не викликала порушень психіки, що може бути пов'язане з несформованістю механізмів копінгу в дитячому віці. Особливий інтерес представляли 118 хворих, у яких травматичне переживання виникало з внутрішньосімейних взаємин (негативний рольовий імпринтинг), – при тривалому існуванні травмуючої ситуації усередині сім'ї емоційні переживання дитини витісняються в область несвідомого і шукають вирішення. Дитячий розум, не знаходячи іншого способу впливу на ситуацію, вибирає «жертвовність», яка часто виявляється в несвідомих формах поведінки.

Іншими словами, дитина з негативним імпринтингом психологічно (психосоматично) більш схильна до усіляких травматичних ситуацій, ніж дитина із здорової сім'ї. На фоні психологічної норми вона відрізняється від нетравмованих дітей (негативні, нав'язливі спогади про подію; забарвлені сни, що повторюються негативно, пов'язані з подією; старання уникати діяльності, пов'язаної з подією; усунутість, відчуження; збіднення відчуттів; відсутність орієнтації на майбутнє). У таких пацієнтів часто є і органічна (соматопсихічна) основа подібного роду поведінкових розладів. За нашими даними, більше половини дітей (65 %) з черепномозковою травмою (ЧМТ) має психомоторні розлади, названі резидуальною енцефалопатією (РЕ). Саме діти з РЕ у зв'язку з особливостями поведінки, конфліктністю, підвищеною нервовою збудливістю, порушеннями координації, зниженням критики, з порушенням поведінки в певних ситуаціях найчастіше піддаються повторними ЧМТ. Тривалість перебування в стаціонарі дітей з легкою ЧМТ на фоні резидуальної енцефалопатії була в середньому на чотири-п'ять днів більшою, ніж у дітей з легкою ЧМТ з неускладненим неврологічним фоном. При ретельному психологічному обстеженні тих же пацієнтів в 18 % випадків виявлені симптоми мали психосоматичну природу. Неврологічні дослідження підтверджують необхідність психокорекційної допомоги дітям при травматичних пошкодженнях. Її повинні спільно надавати лікуючий лікар, невролог і психолог.

Превалювання «поведінкового підходу» психокорекції (на противагу «аналітичному»), визначається відомим постулатом:

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

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

Оскільки деонтологічний «клімат» впливає не тільки на емоційний стан, фізіологічний тонус хворого, а й відображається на результатах лікування, в обов'язки медичного психолога у хірургічному відділенні також входить налагодження оптимальних стосунків між працівниками. Виявлення недружніх стосунків, інших елементів суб'єктивного ставлення одне до одного не повинні впливати на якість роботи хірургічної бригади.

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

Працюючи у клініці хірургії, травматології чи онкології, медичний психолог не повинен забувати й про професійну деформацію лікарів хірургічного профілю. За надмірною впевненістю, категоричністю, негнучкістю, цинізмом зазвичай лікарі приховують свою втому, викликану значними фізичними, емоційними та інтелектуальними навантаженнями, зневіру у власних силах, песимізм, пов'язаний з високим рівнем смертності (в онкології) чи інвалідизації своїх пацієнтів. Соціальні чинники, пов'язані з незадовільними умовами роботи, браком необхідного устаткування, низькою фаховою підготовкою та формальним виконанням службових обов'язків медичними сестрами, низька заробітна платня, відсутність соціальних гарантій, низький соціальний статус порівняно з західними колегами – теж призводять до формування депресивних симптомів, які лікарі часто намагаються подолати за допомогою психоактивних препаратів, у першу чергу

алкоголю. Усе перелічене окреслює поле діяльності медичною психолога у клініці хірургії досить широко. Та за умови не лише успішної роботи з пацієнтами, а й створення сприятливого соціально-психологічного клімату у відділенні, медичний психолог зможе й сам уникнути професійної деформації.

Специфіка роботи психолога у клініці травматології та ортопедії зумовлена, в першу чергу, особистісними, ситуаційними особливостями пацієнтів із захворюваннями й ушкодженнями опорно-рухового апарату та їх лікування.

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

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

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

Спілкування пацієнтів травматологічного відділення з близькими переважно зумовлене можливістю отримання ними вторинної вигоди, та водночас може набувати ознак інфантильності, агресивності чи

пригнічення. Окрім того, тривале перебування в одному приміщенні із сторонніми (і часто неприємними для них) людьми лише посилює маніфестацію психопатологічних симптомів. Зважаючи на це, робота медичного психолога повинна бути скерована також на налагодження стосунків між пацієнтами та з родичами. А також корисними виявляються індивідуальні психокорекційні бесіди, скеровані на усвідомлення пацієнтом минулості його стану обмеженої активності, а також на оптимізацію його загального психологічного стану, яка сприятиме його швидшому одужанню та поверненню працездатності.

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

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

Наступною, складною для пацієнтів, ситуацією є подальший довільний рецидив або загальні метастази основної пухлини, яка успішно лікується. Під час багатьох місцевих рецидивів у своєму розпорядженні лікарі можуть мати подальші можливості лікування за допомогою операцій або радіотерапії. У випадку з загальними метастазами, як правило, залишається тільки спроба паліативного лікування методами хіміотерапії, можливо, у поєднанні з радіотерапією.

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

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

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

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

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

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

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

Ми прагнемо сьогодні роз'яснити хворому його хворобу. Роз'яснення треба проводитися обережно, індивідуально і враховувати те, що хворий дійсно хоче знати. Його повинен, якщо можна, проводити сам лікар. Усе ще висловлюються заперечення

проти обережного, адекватного до ситуації роз'яснення, яке проводиться неодноразово, а у серії бесід.

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

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

Одночасно з розкриттям діагнозу пацієнту необхідно вселити надію і, якщо можливо, зробити терапевтичну пропозицію. Цим ми обіцяємо хворому, що не залишимо його на самоті. У розмові слід підкреслити сприятливі результати обстеження. Ці дані посилюють почуття власної цінності хворого. Втрата усвідомлення власної цінності може вести до зниження соматичних і психічних резервів, які ще можна мобілізувати. Паралельно до цієї реакції формується позиція поразки і у лікаря. Усякий поганий прогноз містить, однак, для хворого і лікаря хоч краплю надії. Впевнене бачення майбутнього недосяжне і для досвідченого у прогнозах лікаря, про що свідчать реальні випадки найнеймовірніших покращень, незважаючи на несприятливий прогноз.

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

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

Нещадне повідомлення результатів біопсії неприпустиме, це служить тільки для самозахисту лікаря. Якщо у хворого встановлена потреба у запереченні хвороби, ми повинні поважати це. Заперечення – це захисна реакція хворого. Треба, однак, враховувати, що надмірне наслідування нереалістичних захисних тенденцій хворого, і спільне заперечення хвороби лікарем і пацієнтом може вести до розриву комунікації, а, цим самим, до подальшої ізоляції та самотності хворого у його ставленні до лікаря та сім'ї. Рекомендується допомогти хворому зорієнтуватися у новій реальності і підтримати його в усуненні патологічних тенденцій заперечення.

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

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

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

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

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

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

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

Одночасно можна застосувати такі засоби підтримуючої психотерапії:

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

Діяльність психолога ґрунтується на необхідності отримання беззаперечної довіри хворого до лікаря та запропонованих ним методів лікування. Зважаючи на нез'ясованість етіології злоякісних новоутворень, багато онкологічних хворих, відчуваючи страх перед смертельною хворобою, важким і болючим лікуванням, сумнівними перспективами, намагаються знайти допомогу за межами лікувальних закладів. Тому чи не першим завданням медичного психолога у клініці онкології є намагання допомогти пацієнтові повірити в офіційну медицину і позбутися міфічних уявлень про «чудодійні» одужання, а також спростувати думку про невиліковність злоякісних новоутворень.

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

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

Важливо пам'ятати, що реакції страху і гніву – прояви самої хвороби, тому доцільне застосування седативних препаратів та індивідуальної і особливо групової психотерапії. Лікування онкологічного хворого передбачає надання психотерапевтичної допомоги не лише йому, а і його близьким. Вітчизняна деонтологія передбачає оголошення точного діагнозу, його можливих ускладнень та прогнозу щодо тривалості життя не пацієнтові, а його близьким. Західна практика намагається повідомляти пацієнтові усю необхідну інформацію щодо його хвороби. Обидва варіанти мають свої переваги і недоліки. При першому – пацієнт має менше підстав до зневіри та відчаю, його психологічний стан може істотно підтримати його протягом періоду лікування. Другий – спонукає пацієнта до активної боротьби за власне життя, що мобілізує захисні функції організму і теж сприяє полегшенню його самопочуття, а водночас дає змогу пацієнтові обдумати можливий варіант завершення життєвого шляху, підготуватися до смерті, завершити важливі та значущі справи, звернутися до Бога. У цьому випадку пацієнти часто набувають додаткових сил для боротьби з хворобою.

Щодо особливостей роботи клінічного психолога в акушерстві та гінекології, слід відмітити, що під час гінекологічної консультації пацієнтка й лікар різною мірою торкаються трьох сфер життя:

А. Біологічна/анатомо-фізіологічна сфера

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

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

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

Б. Емоційно-особистісна сфера

Під час гінекологічної консультації пацієнтка сподівається не тільки на професійні уміння лікаря, але й на те, що він сприйме її як особистість – єдину й унікальну. Пацієнтка сприймає прийом у лікаря як особисту зустріч і під час цієї зустрічі переживає різні почуття: виникають образи, думки, асоціації. В гінекології ці внутрішні уявлення належать до суб'єктивних переживань тіла, особливо статевих органів.

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

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

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

В. Інтерактивно-соціальна сфера

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

Кожна з цих життєвих фаз характеризується типовими завданнями розвитку і можливими конфліктами розвитку, які можуть переживатися як кризи. У кожній життєвій фазі трапляються також характерні зразки поведінки, відповідно – зміни і проблеми. Крім того, кожна життєва фаза формується політичними й соціальними умовами, в яких живе ця жінка.

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

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

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

Тривалий період, коли успішно практикувалося «співробітництво» лікаря і пацієнта в уникненні сексуальних проблем, коли одні про це не запитували, а інші не говорили, але обидві сторони сподівалися, що правила гри будуть зберігатися, відходить в минуле. Все частіше трапляються пацієнти, які, долаючи свою сором'язливість, чекають від лікаря, перш за все від несексопатолога, якому вони довіряють, поради і допомоги у питаннях і проблемах сексуальності й партнерства. У цьому випадку, як правило, мова йде не про функції продовження роду, вагітності, бажання мати дітей або планування сім'ї. Саме досягнення сучасної репродукційної медицини в лікуванні безплідності і консультації в сфері запобігання вагітності викликали потребу звернути увагу і на

непродуктивну соціально-комунікативну функцію сексуальності. Вона не може більше перебувати в тіні як «особиста сфера». Цьому сприяла також поява вірусу імунодефіциту (СНІДу/ВІЛ-інфекції) і зростання кількості венеричних захворювань. До цього призводять також поглиблені уявлення про психосоматичні зв'язки або обставини здоров'я і хвороби. Вони дозволяють усвідомити саногенне або патогенне значення сексуального спілкування у стосунках партнерів і в цілому значення сексуальності з точки зору повноцінності життя.

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

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

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

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

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

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

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

Особливості роботи медичного психолога у гінекологічному відділенні. Медичному психологу слід приділяти особливу увагу самосприйманню та самооцінці пацієнток, адже саме ці характеристики особистості найуразливіші, у першу чергу на момент усвідомлення жінкою діагнозу та осмислення ймовірних причин і

наслідків захворювання. Знання про цю кореляцію допоможуть лікарям-гінекологам м'яко і делікатно повідомляти діагнози і пояснювати особливості перебігу хвороби та – особливо – прогнози щодо наслідків і ускладнень хвороби.

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

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

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

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

чутливіші діти і до всіх маніпуляцій, пов'язаних з прямою кишкою (операції, клізми, вимірювання температури).

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

Працюючи з дітьми, треба завжди пам'ятати про зв'язок, що існує між матір'ю і дитиною. Саме тому серйозною проблемою стає відрив від матері дитини до 5-річного, а ще більше – до 3-річного віку. Відрив дитини від матері, незнайоме середовище, почуття, що її покинули, може спричинити як нестійкі, так і стійкі травми. У таких випадках йдеться про госпіталізм. Під час госпіталізації дитина може плакати, кричати, відмовляється відпустити матір або зло протестує проти всього і всіх. Зарубіжні вчені описали три стадії гострого потрясіння під час госпіталізації. Перша – протест, який продовжується від кількох годин до кількох тижнів. Дитина голосно плаче, занепокоєна, шукає матір, не хоче ні з ким говорити. Другий етап – відчай. Дитина монотонно, постійно або періодично плаче, кличе матір. Вона може замкнутися в собі. Іноді виникає депресивний стан. У третій стадії відбувається відділення, «відрив» від матері, який розглядається як заспокоєння. Дитина не відвертається від медсестри, грається з нею, часом байдуже зустрічає матір, не плаче. Однак після перебування в лікарні можуть виявитися стійкі наслідки психотравми: розлади сну, нічні страхи, тики, іпохондричні страхи, нічне нетримання сечі, калу, страх смерті, затримка розвитку або інші порушення, наприклад, впертість або заїкання, що виникли після операції. Іноді спостерігаються більш серйозні розлади поведінки і неврози.

Дитина не є дорослою людиною в мініатюрі. І якщо ми в повсякденному житті вимагаємо професійного підходу до всіх, хто пов'язаний з дітьми, займається ними, то ще в більшій мірі це стосується дитячого лікаря, дитячого психолога і медичних сестер,

що працюють з дітьми. Спеціальних вузькопрофесійних знань часто не вистачає, особливо коли доводиться шукати рішення проблем в особливих умовах (наприклад, при психічних розладах у дітей). Хвора дитина більш піддатлива до різноманітних шкідливих впливів, ніж здорова. Це пов'язано з тим, що фізичне і психічне навантаження знижує здатність організму до захисту, до опору, робить дитину дуже чутливою. Вже тут треба особливо підкреслити важливість профілактичної діяльності, спрямованої на запобігання шкідливих впливів.

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

У клініці терапії звертається увага на наступні особливості роботи психолога. Взаємозалежність і взаємовплив соматичних та психічних розладів потребує від медичного психолога у клініці виявити особливу наполегливість у пошуках відповіді на питання про походження захворювання. Адже коли з'ясовано причину його виникнення, зазвичай лікування дає швидкий позитивний ефект, а без особистісного підходу, без врахування особливостей психічної організації пацієнта розраховувати на високоякісну діагностику під час соматичних захворювань не доводиться. Можливість застосування психокорекційних та психотерапевтичних методик може не лише позбавити пацієнта соматичних симптомів, а й – головне – вирішити задовжені психологічні проблеми та отримати можливість відкрити для себе нові можливості у соціальному, професійному та особистісному житті.

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

У зв'язку з тим, що на сьогодні виникла диспропорція між рівнем соматичного обстеження дерматологічного хворого і повнотою обстеження його особистості, духовного світу, відбувся розрив між лікувальним впливом на соматичну і психіку. Це значно погіршує прогноз багатьох дерматозів, особливо тих, морфологічні прояви

хвороби яких незначні чи зовсім відсутні, а суб'єктивні відчуття викликають тривалі і болісні страждання. Адже будь-який хронічний дерматоз може істотно змінити особистість хворої людини. Окрім того, слід пам'ятати, що фізичні і моральні страждання, яких завдають хворим хронічні дерматози, створюють патологічний ґрунт для формування невротичних станів. Цим можна пояснити формування у значної частини дерматологічних пацієнтів гіпостенічної форми неврастенії, що виявляється різким зниженням працездатності, активної і пасивної уваги, статевої потенції, уповільненням психічних процесів, головними болями, пригніченим настроєм та ін.

Зважаючи на значну залежність між психічними розладами та шкірними захворюваннями, медичний психолог повинен з кожним пацієнтом провести бесіду і пояснити йому ці взаємовпливи, та призначити і скерувати до гіпнотерапевта. а при можливості провести адекватну психотерапію та психологічну реабілітацію.

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

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

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

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

Усе частіше соматопсихічні відносини стають причиною розладів та органічних дисфункцій, у тому числі у стоматології та щелепно-лицьовій хірургії. Характерним для цієї ситуації в останні роки є не

тільки зумовлене діагностикою збільшення кількості скарг щодо суглоба нижньої щелепи, але і найвідоміша з власного досвіду кожного практика непереносимості протезів.

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

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

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

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

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

Проте, багаторічні зусилля профілактичної стоматології демонструють помітні успіхи, які, однак, можуть зберегтися і покращитися лише при пробудженні відповідальності кожного за здоров'я своїх зубів, замість плати за лікування.

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

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

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

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

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

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

Практичною умовою того, щоб перша розмова стала успішною, є достатня кількість часу, візуальний контакт та уважне вислуховування пацієнта. Емоційне тепло і співчуття можуть передаватися і несловесними знаками, як, наприклад, кивок головою, співчутливий погляд або співчутливий вираз обличчя. Для того, щоб зрозуміти стан хворого, необхідно звертати увагу на такі буденні ознаки, як звучання голосу, характер спілкування або стан рук (сухі або волого-холодні). Чуйне сприйняття (емпатія) має значення для розуміння відчуттів хворого навіть тоді, коли вони відрізняються від власних, а з цим тісно пов'язане позитивне ставлення до пацієнта.

Вступні запитання, які підводять до специфічної проблематики, що зумовила похід до лікаря, і які стосуються віку, перенесених захворювань, дають уявлення про психічний і органічний стан пацієнта і дозволяють, з одного боку, уникати крайніх випадків, а з іншого, сприяти покращенню характеристик його особистості. Необхідний на це час окупиться за рахунок більш розслабленої і доступної для лікування позиції пацієнта. Якщо останньому потрібен великий об'єм терапії, рекомендується скласти план лікування, у якому повинна враховуватися соціальна і психічна ситуація хворого, його потреби та фінансові можливості.

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

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

Медична маніпуляція у ротовій порожнині означає втручання в особливо психологічно чутливу зону. Близький контакт обличчям до обличчя може у вразливих осіб викликати інколи відчуття зондування сумління до глибини душі, або немилосердного розкриття найпотаємніших почуттів. Часто хворий насторожено чекає докорів за зневажання своїх зубів і відповідних нотацій, що у нього може викликати почуття маленької дитини, яку упіймали на пустощах і висварили, наслідком чого може бути протест. Через відсутність достатніх знань про різноманітну психологічну, психосоматичну і

соціально-медичну проблематику ще дуже багато стоматологів застосовують, на жаль, у своїй безпорадності звичайні репресивні або авторитарні методи, які підтримуються міфом компетентності і особливих лікувальних здібностей, що все ще супроводжує білий халат лікаря. Якщо психологічні та психотерапевтичні знання не приводять до мети, то необхідна комбінація з психофармакологічною терапією.

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

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

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

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

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

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

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

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

За допомогою коротких пауз (полоскання, наповнення склянки) ми повинні іти назустріч його бажанню рухатись і прагнути до того, щоб кожний сеанс терапії завершувався маленьким, але відчуттям успіху, який збільшує довіру.

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

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

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

3.1. Особливості роботи психолога з клієнтами з розладами пізнавальних процесів та поведінки

Клієнти, що плачуть

Які особливості консультування клієнтів, що плачуть? Що робити: заспокоювати чи не реагувати на плач клієнта? Що являє собою плач клієнта під час консультації?

Причини плачу клієнта

Консультантові слід знати, чому взагалі клієнт плаче під час консультування. Основна причина, звичайно, тягар проблем клієнта, його пригніченість, однак ця причина не єдина.

Більшість людей, особливо жінки, плачуть від злості. Тут заспокоювання нічого не допоможе. Тим, хто плаче від злості, просто треба дозволити виразити свої почуття. Інколи плачуть у стані фрустрації, а інколи від радості.

Сльози, як правило, заважають спілкуванню. Не є винятком і консультативні зустрічі. Чимало клієнтів, особливо жінок, хвилюються, розповідаючи про невирішені труднощі свого життя, трагедії, і не можуть говорити без сліз. Сльози є спогадами про складні ситуації й повернення до них.

Завдання консультанта

1. Більшість консультантів намагаються утримати клієнтів від плачу і спрямовують на це частину своїх зусиль. І тут виникає небезпека, що, намагаючись обминути переживання і не спровокувати сльози, можна пропустити важливі аспекти життя клієнта.

2. Інколи консультант почуває себе винуватим через сльози клієнта, вважає, що довів його до сліз, боїться бути звинуваченим у нечутливості, інакше кажучи, здатний брати на себе відповідальність за сльози.

Проте насправді не консультант доводить клієнтів до сліз, не він – причина життєвих труднощів і особистих проблем клієнтів. Клієнти плачуть через свої особисті справи, і консультант тут ні до чого. Клієнт почасті і починає, і перестає плакати без впливу консультанта. Коли помітно, що клієнт зараз почне плакати, треба

зберегти спокій, почекати, поки він опанує себе. Часом, щоб узяти себе в руки, клієнт змінює тему бесіди на якийсь час, чого не слід заперечувати. Якщо ж клієнт усе ж таки розплакався, то треба дозволити йому плакати. У будь-якому випадку консультант повинен дати клієнтові змогу виплакати.

3. Коли клієнт виплачеться, саме час починати розмову. Дозволити плакати – значно пристойніше, ніж відчувати обов’язок заспокоювати.

4. Не слід також намагатися надто співпереживати плачу, як матері, якій дуже хочеться втішити дитину. Таке бажання, як правило, має певний еротичний відтінок; не даремно сльози часто служать засобом маніпуляції в міжособистісних, особливо в інтимних ситуаціях.

5. Через неможливість достатньо зрозуміти клієнтів консультант інколи стає об’єктом їхніх маніпуляцій. Деякі консультанти свої зусилля з утримання клієнтів від плачу пояснюють тим, що розхвильований клієнт не здатний нормально говорити.

Клієнти, що переживають провину

Почуття провини

Почуття провини допомагає зрозуміти різницю між тим, які ми є, і тим, які повинні бути. У чому ж суть цього почуття? Які дії консультанта при цьому?

1. Як правило, усім людям знайомі такі природні переживання людини, як тривога, самотність, свобода й відповідальність. Вони виникають за порушення індивідом значимих для нього норм моралі, зокрема, коли виникає почуття невиконаного обов’язку.

2. Переживання провини відбувається в ситуаціях, у яких людина не відмовляється від потрібної особистої відповідальності.

3. Розрізняють справжню, невротичну й екзистенціальну провини. Справжня провина виникає як наслідок усвідомлення гріхів. У такому випадку можлива й потрібна заслужена розплата. Невротична провина виникає через усвідомлення провинностей чи порушення заборон. Для невротичного почуття провини характерні перебільшення й нещирість.

4. При неврозах почуття провини ніби допомагає індивідові виправдатися перед собою та іншими. Він зовсім не намагається позбутися цього почуття і навіть енергійно чинить опір будь-яким намаганням зменшити його. Іноді в переживаннях провини про-

являється навіть своєрідна демонстративність. Індивід спеціально принижує себе, тим самим вимагаючи схвалення своїх вчинків, тому боляче й вороже сприймає будь-яку сторонню критику, сердиться, коли хтось серйозно починає звертати увагу на його провину.

5. Однією з найважливіших причин виникнення невротичної провини є побоювання осуду, боязнь бути «демаскованим». Страх відмежовує велику різницю між «фасадом» збудженнями. Невротик з останніх сил захищає створений ним «фасад», тому що ця «фортеця» захищає від тривоги. За образом сильної людини невротична особистість намагається приховати свої слабкості, незахищеність, неспокій, нездатність боротися за себе. Ненавидячи ці властивості, невротик боїться їхнього викриття іншими людьми. Уникаючи відповідальності за своє життя і не бажаючи добиватися реалізації своїх намірів, він намагається «паразитувати» на оточення способом домінування чи з допомогою прихильності, любові чи покірності.

У такого індивідуума почуття провини й тривоги виникає одразу, як тільки звертається увага на його вимоги до оточення. Ці почуття надають невротичній особистості впевненості, що вона не буде осудженою, цим маскується справжня проблема.

Таким чином, почуття вини є не лише наслідком демаскування, а й способом психологічного захисту від страху. За фасадом провини збільшується почуття безпеки, а індивід провокує оточення на запевнення в його невинності. Крім того, почуття вини дає підстави вважати себе моральним і добросовісним. Тенденція до самообслуговування також охороняє від потреби змінюватися. Ще одна важлива функція невротичного почуття провини полягає в тому, що вона зменшує небезпеку звинувачення з боку інших, інколи безпечніше наперед узяти вину на себе.

Екзистенційна вина (недостатня самореалізація; обмеження зв'язків із близькими людьми; утрата зв'язку з Абсолютом) є позитивною силою в житті людини. Переживаючи екзистенційну вину, людина звільняється від згубного впливу невротичної вини.

Екзистенційної вини неможливо уникнути, тому важливо її усвідомити. Вона допомагає виховувати людяність і співчуття у стосунках з іншими, спонукає творчо реалізувати свої можливості.

Завдання консультанта

1. У психологічному консультуванні важливо вирішити, коли «гріховність» допомагає клієнтові усвідомити особисту відповідальність за власні вчинки і змінити поведінку в позитивному

напрямку, коли, навпаки, заважає успішному вирішенню життєвих проблем.

2. Отже, не завжди консультант повинен поспіхом звільняти клієнта від почуття вини. Інколи слід допомогти пережити неминучу гріховність, що самою природою призначена людині.

3. У випадку справжньої провини важливо обговорити з клієнтом питання про її спокутування. Звільнення від невротичної провини передбачає усвідомлення її «сумнівності». Лише таким шляхом можливе очищення. У всіх випадках консультантові потрібне глибоке знання різних аспектів переживання вини.

Клієнти з істеричною поведінкою

Істерична особистість.

Завдання істериків характеризується так

1. Істеричні особистості формуються в ранньому віці. Прикладом може бути дитина, яка добивається уваги батьків і постійно бачить у цьому невдачу.

Коли батьки ігнорують потреби дитини в увазі та любові, дитина починає драматизувати свої потреби. Чим більше «глухі» батьки, тим голосніше кричить дитина, бажаючи бути почутою. Для досягнення своєї мети вона використовує широкий спектр форм поведінки – від сліз до хвороби. Такі форми поведінки дорослих вважають істеричними.

Вони відрізняються переважанням потреби подобатися оточенню і прагненням подолати страх через те, що не вдається привернути до себе увагу. Це виявляється в невпинній активності, драматизації, брехливості, а іноді – відкрито сексуально провокувальній поведінці, у незримій і нереалістичній залежності від інших.

2. Істерики, намагаючись бути привабливими, задіюють безкінечно багато енергії й уявляють себе в найдраматичнішому світлі. Завдяки цьому вони стають цікавішими, ніж інші, клієнтами.

3. Вони «підкупляють» консультанта показною готовністю начебто говорити про свої переживання. Однак ці переживання, як правило, бувають художньо перебільшеними. Суть не в тому, що саме істерики говорять, а в їхній манері говорити.

4. Істерична особистість виявляється дуже цікавою й привабливою лише на перший погляд. На консультанта-початківця, як правило, мають вплив її швидкість реакції, манера мови, внутрішнє тепло. Робота з такими клієнтами не така легка, як спочатку здається.

Проте істерики не такі вже емоційно багаті особистості, а їхні наміри у ставленні до консультування, на жаль, неоднозначні.

5. Істерична особистість, коли їй не вдається сподобатись оточенню, готова використати всі можливі маски й ролі, котрі, на її думку, допустимі. Так утрачається особистісна ідентичність, внутрішній стрижень, що створює відчуття «справжнього я», відбувається підміна реального життя інсценуваннями.

6. Істеричні клієнти в консультуванні намагаються скористатися своїми привабливими якостями, особливо з консультантом протилежної статі. Як правило, вони допомагають наданням контакту еротичного, сексуального забарвлення.

Однак така поведінка істеричної клієнтки (жінки) дещо специфічна, якщо консультант (чоловік) виявляє хоч незначний інтерес еротичного характеру, вона зразу ж відступає, пояснюючи, що зовсім інше мала на увазі. Істерична особистість насправді усвідомлює дії своєї поведінки, тому оточення часто почувається обдуреним. Між іншим, це традиційний стереотип поведінки істеричної особистості в житті. Така постійна відмова взяти на себе відповідальність за провокувальний флірт унеможливорює нормальні стосунки з особами протилежної статі. Істерична особистість лише справляє враження теплоти й легкості у спілкуванні. Насправді вона постійно відчуває проблеми в любовних стосунках й інтимних звичках.

7. Еротичний відтінок поведінки істеричної особистості зовсім не означає, що клієнтка жадає близькості – вона не знає, що робити з реальною інтимністю. Нереальні сигнали служать їй лише заміниками справжньої фізичної близькості. Істерична особистість постійно шукає любові, однак не вміє створювати справжні стосунки.

8. Ще одну особливість істеричної поведінки спостережено в консультуванні – уявлення себе в ролі безсильної й залежної істоти, яка жадає турботи й уваги з боку сильної фігури. Консультант у таких випадках намагається перетворити себе в замітника батька. Істеричній клієнтці по суті потрібний не коханий, а добрий батько. Ось чому вона шокована, побачивши відповідну реакцію на свою провокаційну поведінку. Уявлення себе в ролі дитини дуже характерне для істерика.

9. Слід відзначити, що у ставленні до осіб своєї статі істерична особистість часто антагоністична й схильна до суперництва: вона вбачає в інших жінках конкуренток у боротьбі за увагу оточення.

Завдання консультанта

Істерична особистість використовує різні форми психологічного захисту, котрі консультантові слід знати.

Істеричні особистості схильні до фантазування – лише в уявному світі вони отримують багато любові й уваги. Символічне задоволення потреб більш прийнятне, оскільки майже не провокує приховане у підсвідомості. В істериків часто дійсність переплутана з фантазією – вони вірять у свої вигадки.

Для більшості істеричних клієнтів, особливо жінок, характерна тривала історія лікування в різних лікарів. Як відомо, при істеричному неврозі часто виникає феномен конверсії, за описом Freud. У цьому випадку внутрішній психологічний конфлікт виражається тілесним симптомом, який стає його символом. Тому істеричні особистості безперервно лікуються від різноманітних соматичних порушень. Як правило, конверсивні симптоми набувають форми втрати відчуттів: анестезія кінцівок, сліпота, глухота і т. ін. Більшість істеричних клієнтів під час консультування дуже емоційно розказують свій анамнез.

Говорячи про невротичні симптоми, важливо наголосити на вторинній вигоді для клієнта, яку він не усвідомлює або усвідомлює лише частково. Істеричні симптоми служать трьом основним цілям:

- а) «карають» осіб, до яких клієнт відчуває ворожість;
- б) допомагають клієнтові уникнути неприємних, здатних налякати, потенційно принизливих ситуацій;
- в) допомагають викликати симпатію оточення чи звернути на себе увагу.

Тому часто виникає очевидність протиріччя між бажанням, висловленим клієнтом, і тим, про що говорять його симптоми. Це протиріччя викликає у консультанта підозру, що клієнт нещирий і симулює. Розібратися в ситуації консультантові допомагає його інтуїція, котру не слід ігнорувати. Покладаючись на інтуїцію, можна не лише ідентифікувати істеричних клієнтів, а й уникнути різноманітних пасток, прихованих у роботі з ними.

Поведінка істеричної особистості може спровокувати у консультанта контратаку. Тому консультант, працюючи з такими клієнтами, повинен постійно контролювати свої почуття. Істерики найчастіше звертаються з проблемами, пов'язаними із сімейними стосунками і сексуальним життям. Проблеми криються в необмеженні жертвувати собою стосовно будь-якого характеру.

Незважаючи на зовнішню сексапільність, більшість істеричних особистостей не здатні до нормальної сексуальної реалізації. Жінка, як правило, скаржиться на фригідність, яка є реакцією на страх перед своєю сексуальністю. У чоловіків-істериків причинами можуть бути імпотенція й схильність до гомосексуалізму.

Обсесивні клієнти ***Ознаки обсесивності***

Обсесивною особистістю називають людину з обсесивними або компульсивними рисами:

а) когнітивна ригідність – основа погляду на життя негнучкими формами, соціальними настановами або явно догматичний стиль мислення;

б) схильність до напруженої активної діяльності без розслаблення й відпочинку;

в) невпевненість у прийнятих рішеннях, відкладання рішень через боязнь помилитися;

г) постійна стурбованість, що без неї робота не може бути належно виконана;

д) викривлення дійсності, що проявляється в надмірній стурбованості з приводу непередбачуваних подій, на прикладі можливої хвороби. Obsесивна особистість вирізняється надмірною схильністю до контролю над оточенням. Вона остерігається зовнішнього світу і власних потреб.

Обсесія – постійне повторення небажаної нав'язливої думки, від якої неможливо позбутися зусиллям волі. **Компульсія** – нав'язливе спонукання виконувати яку-небудь дію чи серію дій. Серія нав'язливих дій має, як правило, ритуальний характер. Здійснення цих дій дає змогу індивідові уникнути нападів тривоги. Встановлено *три основні вияви обсесивно-компульсивного синдрому*:

1. Настирливість, не зумовлена ніякими раціональними потребами.

2. Нав'язливість через її чужість викликає дискомфорт або соматичні порушення.

3. Індивід розуміє патологічність нав'язливих думок і вчинків, проте не може протистояти.

Obsесивній особистості властиві відповідальні соціально цінні риси: старанність, надійність, самоконтроль, чесність. Freud, описуючи особистість, схильну до обсесивних симптомів, указує на

обов'язкову комбінацію трьох рис: педантичність, скупість, упертість, типові особливості стилю obsесивно-компульсивної особистості (за McNtil (1970)).

Людина obsесивного типу, відзначає Salrman (1968), «відчуває потребу контролювати себе і своє оточення, щоб угамувати почуття безсилля». Вірогідність власної некомпетенції, недостатньої поінформованості, нездатності зменшити ризик викликає сильну тривогу.

Нездатність до самоконтролю, а конкретніше до контролю своїх агресивних бажань, породжує несправжню слухняність чи, як переконує Storr (1980), схильність до тиранії у ставленні до інших. Надмірна слухняність призводить до знищення індивідуальності. У першому варіанті захисної реакції obsесивна особистість виявляє тенденцію до конформізму. Вона обирає залежність від людини, яка може підказати, як жити. Першість віддається безпеці, а не задоволенню життям. Такий клієнт, як правило, підкоряється консультанту і легко погоджується зі всіма його пропозиціями. Він постійно висловлює вдячність консультантові за допомогу і переживає через те, що може спричинити йому незручності.

Іншим варіантом невдалого самоконтролю, як згадувалося, є схильність до домінування, придирилива критичність. Людина важко вживається, особливо в сім'ї. Неможливість повністю контролювати інших людей збуджує злість, котра в міжособистісних стосунках проявляється як ірраціональна тиранія. У консультуванні obsесивна особистість цього типу як самозахист використовує напад, наприклад, пояснює консультантові, що він повинен говорити, коментує його дії, робить зауваження з приводу його поведінки під час конкретної зустрічі або взагалі може прочитати «коротку лекцію» про консультування. Консультант відчуває пряму загрозу своїй професійній компетентності і, як правило, сердиться. Однак досвідчений консультант розуміє психологічну реальність, приховану за такими діями. Клієнт не прагне образити консультанта, а намагається в такий спосіб узяти під контроль свою тривогу і захиститися від допомоги, котра може становити для нього не меншу небезпеку, ніж його проблеми.

Для obsесивного стилю характерне використання засобів деструктивного спілкування. Чимало obsесивних клієнтів у консультуванні беруть участь лише фізично, а психологічно ухиляються. Клієнт дивиться кудись убік, ледве чутно говорить, розгублено слухає. Така поведінка фруструє консультанта, як і

мовчання, яке клієнт також використовує для уникнення від вирішення своїх проблем. У цих випадках консультант може дещо витончено виражати ворожість, наприклад, за допомогою питання: «Вам нічого мені сказати?» Іноколи консультант ставить питання: «Про що ви думаєте, коли мовчите?». Це може наблизити до емоційної сфери обсесивного клієнта, котру безкінечно важко досягнути.

Обсесивна особистість щосили намагається не говорити про свої емоційні проблеми. Вона докладає надзвичайні зусилля, щоб приховати емоційні проблеми, але так лише демонструє їх. Клієнт постійно намагається контролювати консультативну бесіду, щоб уникнути емоційного контакту з консультантом. Тому бесіда стає хвилеподібною – як тільки консультант намагається проникнути до глибини, клієнт намагається викрутитися й звести його наміри нанівець. Якщо консультант відчуває, що перед його носом зачинилися двері, значить він наблизився до найсуттєвіших проблем клієнта. Намагання ухилитися від проникнення до свого внутрішнього світу виявляється в нахилі до інтелектуалізації. Пояснення й консультації обсесивний клієнт сприймає головою, а не серцем. Він багатослівний не для точного вираження своїх почуттів, а для відмежування від них. Розповідь такого клієнта переобтяжена деталями, він намагається нічого не пропустити у своїй розповіді, але все-таки не розкриває своєї особистості. Бесіди з обсесивними клієнтами, як правило, важкі й довготривалі.

Важливий підсвідомий внутрішній конфлікт обсесивної особистості – це боротьба між слухняністю й неслухняністю, між бажаннями й прагненням опиратись авторитетам.

Завдання консультанта

1. Консультантові слід розібратися в особливостях обсесивної особистості, щоб уникнути помилок у роботі з обсесивними клієнтами й розуміти власні реакції під час зустрічі з ними.

2. Для встановлення витісненого обсесивним клієнтом матеріалу інколи доцільне дослідження його слів. Допомогає також використання малюнкових тестів замість завдання розповісти про проблеми словами.

Обсесивні клієнти люблять приходити до консультанта з описом переліку своїх проблем чи зі списком запитань, котрі потрібно обговорити під час консультування.

3. Очевидно, це відображає бажання контролювати ситуацію консультування й ухилитися від прямого емоційного контакту з консультантом. Коли клієнтові не дозволяється користуватися наперед підготовленими текстами чи дотримуватися встановленого ним порядку запитань-відповідей, він розгублюється. Така поведінка консультанта є для нього сюрпризом, а obsесивна особистість не сприймає сюрпризів: спонтанність провокує в неї тривогу. Підготовка до зустрічі з консультантом спрямована на запобігання несподіванок, що можуть вивести з рівноваги. Консультант може запитати клієнта: «Чому ви приділяєте таку увагу підготовці до нашої зустрічі?». Відповідь клієнта може відкрити шлях у його внутрішній світ. І, звичайно, працюючи з obsесивними клієнтами, консультант сам не повинен користуватися допоміжними засобами (записами і т. ін.).

4. У роботі з obsесивними клієнтами перед консультантом стоїть подвійне завдання (Storr, 1980). По-перше, він повинен допомогти клієнтові висловити бажання, від яких той захищається. По-друге, сам консультант має бути людиною, здатною до експериментування, щоб клієнт міг потренуватися в зав'язуванні вільних від субординацій стосунків.

5. Якщо реакція консультанта на obsесивну особистість адекватна, психологічним захистом клієнта є зло. Таку відповідну реакцію слід розглядати не як результат своєї помилки, а як ознаку прогресу в роботі. Консультантові не слід згладжувати стосунки з клієнтом, котрий сердиться. Навпаки, потрібно дозволити йому висловити свої приховані почуття. Не слід заохочувати бажання клієнта негайноперестати злитися. Реальне консультування може розпочатися лише тоді, коли ми будемо крок за кроком пов'язувати злість клієнта з причинами, які її викликали, і відшукаємо суть специфічного стилю його стосунків з іншими людьми. У цьому криється шанс хоч трохи звільнити obsесивного клієнта від тягара невисловлених емоцій.

Клієнти з параноїчними розладами

Характеристика параноїчної особистості

Характерна для параноїчної особистості схильність до підозрливості й егоцентричності характеризують основні параноїчні синдроми – *манію переслідування* й *манію величності*, що зумовлює нездатність до встановлення зв'язків з іншими людьми і соціальну відстороненість, а також відображає дифузність особистісної іден-

тичності, коли людині важко відрізнити, що належить до власної особистості, а що – ні.

Сутність маній переслідування полягає в підозрі оточення в злих намірах. Тому параноїк утрачає багато часу на виявлення «ворогів», котрі слідкують за ним, підслуховують його розмови і т. ін. Таким «ворогом» може стати як окрема людина, так і група людей. Із цією манією пов'язана й інша ревнивість, що дуже часто трапляється. Підозра одного з подружжя у зраді – дуже вагома підстава для параноїчних страхів.

Манія величності виявляється в приписуванні собі талантів і здібностей, попередньо не помічених. Параноїки такого типу, як правило, грають роль винахідників, роботи яких покликані вирішувати глобальні проблеми світу, або творців месіанських теорій, котрі здатні врятувати світ. Іноді параноя проявляється в еротоманії, коли людина думає, що вона закохана і намагається звабити особу протилежної статі.

Параноїк хоч і дуже жадає близькості з іншими людьми, проте боїться бути обманутим. Це і слугує головною причиною підозрливості. Отож, параноїк, боячись бути відштовхнутим, сам усіх відштовхує, що зумовлено його ворожістю.

Завдання консультанта

1. Консультант, зустрівшись із параноїчним клієнтом, повинен бути готовим до його недовір'я, ворожості. Такі клієнти постійно «перевіряють», наскільки можна довіряти консультантові. Недовір'я й ворожість дещо неприємні, а їх подолання є найважливішою умовою в роботі з параноїчними клієнтами. Насамперед консультант повинен мати на увазі, що параноїки так поведуться зі всіма людьми. Відповідне розуміння допомагає консультантові зберегти самовладання, не використовувати надмірного захисту і не намагатися «перемогти» клієнта. Працюючи з параноїчними клієнтами, слід дотримуватися первинної дистанції, тому що надто швидко чи надміру глибоке «втручання» провокуватиме неприязнь.

2. Недосвідчений консультант може почати сперечатися з параноїком із приводу обґрунтованості його маній, намагаючись використати логічні аргументи. Дискусія недоцільна, оскільки для параноїчного клієнта недоступна мова логіки. У спілкуванні він користується параноїчними метафорами. Значно важливішим є сам факт існування манії й упевненість клієнта у своїй правоті. У будь-якому випадку консультант повинен пам'ятати, що він має справу не з манією, котру слід знищити, а з людиною, котра «породила» цю манію.

Клієнти з шизоїдними розладами

Шизоїдна особистість

Уперше термін «шизофренія» як назву хвороби людини використав відомий психіатр Euden Bleulerb (1911р.), який окреслив контури шизоїдної особистості за основними симптомами шизофренії. Найважливіші з них він описав відомою формулою «чотирьох А» (цит. за: Kennedy, 1977):

1. *Афективність*. У хворого шизофренією порушується емоційна сфера, його емоційне життя стає дуже бідним. Почасти емоційні реакції, неадекватні (наприклад сміх у розповіді про смерть близької людини), тобто емоційне переживання не відповідає змісту думок.

2. *Асоціативність*. Шизофренікам властива втрата логічної послідовності думок. На основі асоціацій, які вільно виникають, у них відбувається перестрибування від однієї думки до іншої. Спосіб мислення здається дивним і хаотичним, відповіді на запитання абсолютно неадекватні. Іноді асоціативні порушення можуть бути дуже тонкими і важкопомітними.

3. *Аутизм*. Мислення шизоїда надто суб'єктивне й егоцентричне. Він здається заглибленим у мрії й фантазії, які поступово підмінюють реальність. Почасти словам надається особливий зміст, і консультантові важко зрозуміти, про що говорить клієнт. Такий індивідуальний словник свідчить про аутичність мислення.

4. *Амбівалентність*. Хоч більшість людей відчувають у тих чи інших ситуаціях, шизоїдна особистість амбівалентна майже у всьому. Вона переповнена суперечливими почуттями, поглядами у ставленні до інших людей і до своїх життєвих умов. Шизоїдні клієнти відчувають багато труднощів у стосунках з іншими людьми. Вони недовірливі, тому у них дуже мало або взагалі немає друзів. Іноколи шизоїдні особистості зав'язують дружні стосунки з такми, як і вони, одначе такі стосунки не тривалі.

Шизоїдні клієнти бояться близькості, інтимності, тому що реакції інших людей викликають у них амбівалентні почуття. Від близькості вони захищаються, уникаючи будь-яких емоційних проявів у міжособистісних стосунках. Оскільки почуття важливі в житті людей, шизоїдна особистість балансує на грані переживання беззмістовності життя. Уникання близьких стосунків такі клієнти пояснюють тим, що такі стосунки їх виснажують, а також є обтяжуючими для оточення. «Збереження» себе у спілкуванні приводить до обережності і не дозволяє поводитися спонтанно. Виникнення настанови на уникання

близьких міжособистісних зв'язків пояснюється (Storr, 1980) специфічною поведінкою батьків у дитинстві. Догляд за малюком відбирає у батьків багато фізичної й психічної енергії, і шизоїдні батьки, яким чужий світ дитини, її потреби, відчувають себе виснаженими. Як наслідок, дитина не отримує потрібної їй любові та розуміння. У неї формується впевненість, що любов можлива лише в уяві. Пізніше, у зрілому віці, емоційні стосунки сприймає не як взаємозбагачені, а як виснажливі, і найбільш безпечним виявляється ухилення від них.

Намагаючись поповнити дефіцит контактів із зовнішнім світом, шизоїдна особистість створює багатий уявний світ. Недоступність реальних стосунків і справжньої любові шизоїди компенсують в уяві, наділяючи себе величністю. Плоди уяви шизоїдна особистість намагається повернути до реальності. У міжособистісних стосунках це виражається позою вищості.

Шизоїдні індивіди можуть відчувати залежність від інших, враховуючи, що не здатні потурбуватися про себе чи влаштувати своє життя. Почуття безсилля – одна з причин регресії таких клієнтів до примітивних форм пристосування до оточення. З іншого боку, шизоїдній особистості боляче почувати себе залежною, тому що це вражає її гордість.

Особливості шизоїдної особистості ускладнюють встановлення й підтримування з нею контакту. Консультант часто відчуває, як зазначила Storr (1980), що шизоїдів відрізняється «довжина хвиль». У стосунках із такими клієнтами дуже важлива зацікавленість і бажання допомогти, а не діагностичний підхід. За тяжкими порушеннями маскується унікальна людина, і навіть невелика частина простої людяності консультанта може дати непогані результати і полегшити страждання шизоїдного клієнта.

Завдання консультанта

Шизоїдна особистість є однією з найскладніших у роботі консультанта чи психолога, а найгірший її прояв – **шизофренія** – із найглибших і найсерйозніших порушень психіки.

Шизоїдні особистості потрапляють на психологічне консультування чи психотерапію з різних причин. Частіше причиною звернення є недовіра, що оточення здатне їх зрозуміти й допомогти, тому вони шукають допомоги у спеціалістів, від котрих очікують розуміння своїх проблем. Як правило, шизоїди жаліються на незмогу встановити й підтримувати стосунки, особливо з особами

протилежної статі, на нездатність сконцентруватися й закінчити розпочату роботу, на поганий настрій. Консультантові слід розуміти ступінь ізоляції шизоїдного клієнта. Перший контакт повинен бути інтелектуальним. Шизоїдного клієнта легко налякати безпосереднім проникненням у його емоційне життя. Консультант також повинен мати на увазі протиріччя між бажанням клієнта бути з людьми й страхом перед оточенням. Поспішність в установленні близького контакту з клієнтом може спровокувати його втечу з консультації. Однак, якщо консультант буде дуже нейтральним і надмірно віддалиться від клієнта, той може відчувати себе знехтуваним. Не слід забувати, що оптимальна дистанція у взаєминах – кращий вибір у роботі з шизоїдним клієнтом.

Консультант повинен пам'ятати, що в консультуванні шизоїдний клієнт поводить себе, як і в інших життєвих ситуаціях, наприклад у сім'ї. Ці клієнти часто намагаються, щоб люди, які їх оточують, відчували себе винними.

Коли клієнти говорять, що консультант ще більше заплутав їхні проблеми, це не проста констатація факту, а ймовірно психологічна маніпуляція. У консультанта проковується почуття провини в надії, що він розіллється, і тоді клієнт отримує підтвердження неефективності його роботи.

Клієнти з асоціальною поведінкою

Асоціальність

Асоціальність - один із найскладніших і важкопрогнозованих особистісних розладів, що виявляються через порушення поведінки. Соціопати погано соціалізовані, вони живуть заради задоволення своїх інстинктивних потреб, не звертаючи уваги на норми моралі, вимоги суспільства, тому схильні постійно порушувати правила й закони співіснування, незважаючи на можливі покарання.

Асоціальна особистість нетерпляча, зорієнтована на моментальне задоволення, керується безпосередніми потребами і не в змозі терпіти затримку в задоволенні потреб. Вона може вкрати тому, що в певний момент не має при собі грошей чи просто не хоче займати себе отриманням бажаного законно. Від асоціальних дій не утримує і загроза кари. Через відсутність симпатії агресивним реакціям буває властива жорстокість, навіть садизм.

Асоціальну особистість не слід плутати з особою, яка поводить себе асоціально через внутрішні невротичні конфлікти. Невротик

переживає вину через свою поведінку, що абсолютно не властиво асоціальної особистості. Асоціальна особистість має схильність уникати відповідальності за небажану поведінку за рахунок раціоналізації і перекладати вину на інших (проекція). Тривале спілкування з такою людиною завжди викликає невдоволення.

Ознаки асоціальної поведінки можуть проявитися задовго до юнацтва, проте саме в юності асоціальність особливо помітна і проявляється в агресивності, безладній сексуальній поведінці й механічному погляді на секс, у схильності до вживання алкоголю й наркотиків.

Асоціальна особистість дивиться на інших людей, як на джерело небезпеки чи насолоди, не звертаючи уваги на їх безпеку, задоволення, зручності. Вона переживає власні потреби як невідкладні й невмолимі, відкладання реалізації яких чи заміна чимось іншим немислима. Задоволення потреб веде до розпусти, стану перенасичення, але не до переживання щастя з властивим йому почуттям підвищення самоповаги.

Асоціальна особистість не здатна встановлювати тісні міжособистісні взаємини. Дружба вимагає від людей якостей, які їй не властиві. Асоціальні індивіди можуть лише брати від інших, але нічим не хочуть жертвувати, і це породжує сімейні негаразди. Вони орієнтуються виключно на себе і не сприймають інших людей як таких, що мають права й почуття. Інші люди для них лише засіб для досягнення власних цілей.

Завдання консультанта

1. Консультант повинен знати, що асоціальна особистість – це не просто інша людина. Вона кардинально відрізняється від інших – ставленням до себе та людей, метою життя.

2. Асоціальна особистість нерідко паразитує на оточення, використовуючи свою зовнішню привабливість. Унаслідок наведених причин консультанту важко виявляти симпатію до таких клієнтів, а їхня нездатність встановити близькі й осмислені стосунки заважають отриманню користі від консультування й психотерапії. Однак, беручи до уваги безмежну дріб'язковість почуттів асоціальної особистості, консультант не повинен поспішно звинувачувати себе, коли не вдається налагодити з клієнтом емоційний контакт. Асоціальні особистості рідко потрапляють до консультанта за власним бажанням. Частіше їх направляє школа чи інші заклади,

організації, тому консультантові слід з'ясувати причини приходу клієнта на консультування.

3. Установлювати контакт з асоціальними клієнтами дуже важко, тому що вони переносять свій повсякденний стиль життя й спілкування в консультуванні. Із самого початку консультування такі клієнти мають схильність обдурювати консультантів, особливо недосвідчених, своїм зовнішнім виглядом і обманною доброзичливістю, умінням підлеститися. Консультант, бажаючи допомогти, може перестаратися й стати об'єктом маніпуляції клієнта. У цьому розумінні асоціальна особистість становить для консультанта певну небезпеку.

4. Працюючи з асоціальними клієнтами, консультантові важко в будь-який момент ідентифікувати свої почуття і покладатися на них, тому що це єдиний спосіб уникнути маніпуляцій клієнта і виконувати роботу, не звертаючи уваги на великі труднощі.

Особливості психоконсультування клієнтів з неадекватною поведінкою

Клієнти з тривожною поведінкою

Причини тривожності

Тривожність попереджує людину про небезпеку, загрозу і в цьому випадку має не меншу цінність, ніж біль. S. Freud визначає тривожність як сигнал Ego, що попереджає індивідуум про наявність внутрішнього конфлікту.

Конфлікт, як правило, відбувається між неприйнятими підсвідомими імпульсами і психічними силами, спрямованими на стримування цих імпульсів.

Тривожність – це сигнал не лише попереджуючий, й захищаючий від конфліктів, тому що задіює механізми психологічного захисту.

Тривожність уподібнюється зі страхом (S. Freud навіть ототожнює це становище, використовуючи єдине поняття «Anqst»), так в обох випадках виявляється реакція на небезпеку.

Тривожність інтропсихічна, тобто зумовлена внутрішньо і пов'язується із зовнішніми об'єктами лише тією мірою, в якій вони стимулюють внутрішні конфлікти.

Звичайно, тривожність, на відміну від страху, є реакцією на уявну, невідому загрозу. До основи тривожності завжди покладено внутрішні конфлікти особистості. Для тривожності також характерна

пролонгованість, тобто їй властиво розтягуватись у часі, постійно повторюватись або ставати неперервною.

Під фізіологічним кутом зору тривожність є реактивним станом. Вона викриває фізіологічні зміни, готуючи організм до боротьби – відступу або опору. Під час тривожності збуджується серцево-судинна система (збільшується ритм серця, підвищується тиск), а діяльність травного тракту пригнічується (зменшується активність секретів й перистальтики). Кров із травного тракту «переходить» до м'язової системи, тобто організм готується до активної діяльності. *Тривожність виявляється на трьох рівнях:*

1. Нейроендокринологічному (продукція адреналіну – епінефрін).
2. Психічному (невизначені побоювання).
3. Соматичному або моторно-вісцеральному (фізіологічні реакції різних систем організму на збільшення продукції епінефріна):
 - а) дерматологічні реакції (шкіряні роз'ятрювання);
 - б) реакція серцево-судинної системи (тахікардія, збільшення систолічного тиску);
 - в) реакція травного тракту (приглушення діяльності слинних залоз – сухість у роті, неприємний присмак, анорексія, пронос, запор і т. ін.);
 - г) реакція дихальної системи (гіпервентиляція);
 - д) генітально-уринальні реакції (збільшене сечоспускання, порушення в менструальному циклі, біль в області таза, фригідність, імпотенція);
 - е) вазомоторні реакції (потовиділення, почервоніння);
 - ж) реакції скелетно-м'язової системи (головні болі, болі в потилиці, артальгії).

Широкий спектр фізіологічних реакцій, пов'язаних із тривожністю, пояснює, чому її тривалий перебіг викликає психосоматичні розлади, а саме стан тривожності почасти «маскується» скаргами соматичного характеру. Такі клієнти, як правило, спочатку потрапляють не до психолога, а до лікаря (психотерапевта).

Кожен із нас, особливо у стресових ситуаціях, переживає тривожність. Однак для більшості людей це тимчасовий стан, який вони переборюють. У консультуванні ми маємо справу з клієнтами, для яких тривожність є важким станом, що часто супроводжується неприємними фізичними відчуттями. Психологічно такий клієнт відчуває, що з ним «відбувається щось не те», але ж не може

конкретизувати свої недомагання і не знає, коли і де з ним знову трапиться така трагедія. Людина постійно відчуває тривожність, живе ніби під темним небом і не може перебороти напругу ні зусиллями своєї волі, ні за допомогою рідних. У такому стані клієнти, як правило, потрапляють до психолога-консультанта. Іноді цей стан полегшується сам по собі, іноді дуже часто загострюється й обтяжується. Невизначена тривожність особливо пригнічується несприятливими життєвими обставинами, коли існує постійна загроза соціальному становищу або фінансовому благополуччю і т. ін. Соціальна сфера, життєві умови не так безпосередньо породжують внутрішні конфлікти, як постійно сприяють їхньому виявленню повною силою.

Завдання консультанта

Робота консультанта з клієнтом, який звернувся у зв'язку з постійною тривожністю, втомлюваністю, є складною, тому що клієнтові важко пояснити, які проблеми приховані за таким виснажливим переживанням. Консультант повинен вміти побачити різні «сторони» тривожності, оскільки тривожність часто не проявляється безпосередньо, а «перетворюється».

Одна з найчастіших «маскувань» тривожності – перейменування. «Я збуджений; я в напрузі; у мене слабкість; я боюсь; мені смутно; я постійно просинаюся вночі; я не відчуваю» себе самим собою – клієнти говорять десятки слів і виразів для визначення стану тривожності.

Дуже часто тривожність виражається соматичними симптомами. Більшість клієнтів пов'язують їх зі спеціальними ситуаціями, що спонукають тривожність. Проте неправильно називати такі симптоми «функціонувальними», «на нервовому ґрунті» тощо, оскільки клієнт відчуває себе ніби винним у ситуації, скаржиться на щось фіктивне, у зв'язку з цим звертаються до заперечення і до інших явищ психологічного захисту. Іноді соматичні скарги є простим способом заявити про свою тривожність. Наприклад, коли клієнт скаржиться на головний біль у присутності дружини, консультант повинен з'ясувати проблему: «Здається, Ви хочете мені сказати, що в присутності дружини через якісь обставини нервуєтесь і Ваша тривожність виявляється головним болем. Якщо нам удається дізнатися, що викликає у Вас тривожність, ми зможемо побороти цей головний біль». Подібна тактика значно краща, ніж пряме підтвердження: «У Вас головний біль на нервовому ґрунті». Соматичні симптоми не

обов'язково виникають внаслідок тривожності – часто вони просто заміщають тривожність.

Інколи тривожність маскується відповідними діями. Увесь спектр нав'язливих дій – від стукання пальцями по столу, крутіння гудзиків, надокучливого моргання очима, чухання й переїдання, надмірне пияцтво або куріння, нав'язлива потреба купувати речі – може означати тривожність, пов'язану з конфліктною життєвою ситуацією.

Тривожність також почасти приховується за іншими емоціями. Дратівливість, агресивність може бути реакцією на тривожну ситуацію. Деякі клієнти самі пояснюють, що коли вони починають відчувати напругу, то стають саркастичними, в'їдливими, важкими у спілкуванні. Інші клієнти стверджують, що в таких ситуаціях, навпаки, стають холодними, стриманими, неговіркими. Інший тип реакцій часто виявляє внутрішній конфлікт між безсиллям й агресивністю, і цей конфлікт паралізує активність. Якщо ми стикаємося з такими клієнтами, їхнє завдання викликає дратівливість і злість, але ж одночасно дає змогу отримати ключ до розуміння проблем, що доводиться вирішувати, бо навколо клієнтів люди відчують потрібні відчуття, розмовляючи з ними.

Багатослів'я – також спосіб маскуванню тривожності. Так клієнт намагається приховати власну тривожність і «озброїти» консультанта. Словесний потік не потрібно зупиняти, а лише звернути увагу на приховану за ним тривожність. Неперервна розмова – це своєрідна форма самозахисту, яку не варто одразу ламати.

Консультант крізь призму власних почуттів повинен проаналізувати мотиви багатослів'я, маючи на увазі, що в повсякденному житті клієнт так само набридає навколишнім марними розмовами, прагнучи приховати свою тривожність.

Деякі клієнти, щоб приховати свою тривожність і стримати активність консультанта, постійно перебивають його, що помітно фруструє консультанта. Однак більшість клієнтів не здатні його «переривати», і консультант легко опановує ситуацію. Важко в тих випадках, коли насправді клієнт небагатослівний і не хоче заповнити фразами паузи, але ж зразу перебиває консультанта, коли той починає говорити. Навіть якщо консультант хоче заперечити, такий клієнт не зупиняється, ніби не чує його слів. Консультантові тоді не слід вступати в суперечку, а різко зупинити клієнта і вказати на

недопустимість такої поведінки. Бажання перебивати консультанта може бути зумовлено не повністю усвідомленим страхом перед будь-яким запитанням чи висловлюванням. Іноді варто прямо запитати, чи розуміє клієнт, що робить. Пряме запитання допоможе клієнтові зрозуміти спосіб своєї поведінки в стані тривожності. Така категорія клієнтів захищається від тривожності парадоксальним шляхом. Вони з демонстративною відкритістю розповідають про свої справи і запитують, що робити. Таке підкреслене вихваляння тривожності, як правило, є проявом ворожості, і консультант повинен звернути на це увагу клієнта.

Тривожність може мотивувати опір власне процесу консультування. По суті відбувається опір усвідомленню внутрішніх конфліктів, а отже, і підвищення тривожності. Опіраючись, клієнт намагається контролювати свою відкритість, вимовляти лише «цензурні» думки й почуття, бути якомога більше безособистісним, не виявляти своїх почуттів стосовно консультанта. Консультант, навпаки, має звертати увагу клієнта на те, як він запобігає тривожності: «Ви змінили тему бесіди?», «Ви намагаєтесь переключити увагу на мене?», «Ви хочете, щоб я Вам указав тему висловлення?», «Ми знову повертаємося назад – Ви намагаєтесь нав'язати мені керівництво бесідою» тощо.

Іноді тривожність примушує клієнта не лише опиратися, а й демонструвати ворожість до консультанта, найчастіше в закритій формі. Клієнт із презирством і сарказмом критикує тупих консультантів, яких відвідував раніше, розповідає історії про помилки психологів і психіатрів. Більш звужена форма наступу на консультанта виражається у спробі подружитися з ним, щоб консультант бачив клієнта не як клієнта, а як друга. Тривожний клієнт – це та людина, яка намагається знайти загальні інтереси з консультантом і виступає в ролі його партнера з хобі. Для цього клієнти приносять, скажімо, поштові марки або інші колекційні предмети, намагаючись зробити обмін, запрошують консультанта на чашку кави або обід, жінки поводяться так само, але з характерною для них специфікою – намагаються показати свою жіночу привабливість, демонструють материнську або сестринську поведінку, виявляють занепокоєння зовнішнім виглядом і здоров'ям консультанта, що створює ілюзію дружніх стосунків. Така поведінка клієнтів спрямована на «знищення» консультанта як професіонала; збуджувальними мотивами є страх і тривожність, заперечення

серйозності своїх проблем. Якщо консультант піддається вищенаведеному впливу і справді стає «другом» клієнта, виникає багато серйозних труднощів у консультативному контакті, консультування загалом на цьому закінчується.

Консультуючи тривожних клієнтів, важливо знати не лише способи, якими вони маскують свою тривожність, а й засоби, з допомогою яких намагаються позбавитися від неприємного впливу тривожності. Цими засобами служать механізми психологічного захисту, які вперше описав S. Freud. Механізми функціонують автоматично, на підсвідомому рівні. Клієнт, використовуючи захисні механізми для зменшення тривожності, не виявляє патології, доки не стає утриманим і не починає викривляти розуміння реальності й обмежувати гнучкість поведінки. Описано багато механізмів психологічного захисту. Охарактеризуємо коротко основні з них:

1. **Витіснення.** Це процес мимовільного усунення до підсвідомості небажаних думок, потреб або почуттів. Freud докладно описав захисний механізм мотивованого забування, який відіграє суттєву роль у формуванні симптомів. Коли дія цього механізму для зменшення тривожності виявляється недостатньою, підключаються інші захисні механізми, які дозволяють витісненому матеріалу пізнаватись у викривленому вигляді. Найбільш відомі дві комбінації захисних механізмів:

а) витіснення + зміщення. Ця комбінація сприяє виникненню фобічних реакцій. Наприклад, нав'язливий страх матері, що маленька дочка захворіє важкою хворобою, є захистом проти ворожості до дитини, разом із механізмом витіснення й зміщення;

б) витіснення + конверсія (соматична символізація). Ця комбінація виконує основу істеричних реакцій.

2. **Регресія.** За допомогою цього механізму виконується неосмислене сходження на більш ранній рівень пристосування, що дозволяє задовольнити бажання. Регресія може бути частковою, повною або символічною. Більшість емоційних проблем мають регресивні риси. У нормі регресія проявляється в іграх, реакціях на неприємні факти (наприклад, коли народжується друга дитина, то перший малюк перестає користуватися туалетом, починає просити соску і т. ін.), у ситуаціях збільшеної відповідальності, коли хтось захворів (хворий потребує більшої уваги й опіки). У патологічних формах регресія проявляється у психічних хворобах, особливо під час шизофренії.

3. **Проекція.** Це механізм ставлення до іншої особи або об'єкта мислення, почуттів, мотивів і бажань, що на свідомому рівні індивідуум у себе відштовхує. Нечіткі форми проекції проявляються у повсякденному житті. Багато хто зовсім не критично ставиться до своїх недоліків, із легкістю помічають їх лише в інших, схильні звинувачувати навколишніх в особистих бідах.

Проекція буває і шкідливою, тому що призводить до помилкової інтерпретації реальності. Цей механізм часто спрацьовує в незрілих і вразливих особистостях. У випадках патології проекція призводить до галюцинацій і марення, коли втрачається здатність відрізнити фантазії від реальності.

4. **Інтроекція.** Це символічна інтернаціоналізація (включення в себе) людини чи об'єкта. Дія механізму протилежна проекції. Інтроекція виконує дуже важливу роль у ранньому розвитку особистості, оскільки на її основі засвоюються батьківські цінності й ідеали. Механізм актуалізується під час трауру, втрати близької людини. За допомогою інтроекції згладжуються грані між об'єктами кохання і своєю особистістю. Інколи замість злості й агресії стосовно інших людей нищівні збудження перетворюються в самокритику, самооцінку, оскільки відбулася інтроекція звинуваченого. Таке часто трапляється під час депресій.

5. **Раціоналізація.** Це захисний механізм, правдоподібний до мислення, відчуттів, поведінки, які насправді небажані. Раціоналізація – найпоширеніший механізм психологічного захисту, тому що наше завдання відповідає багатьом факторам, і коли ми пояснюємо її найбільш бажаними для себе мотивами, то раціоналізуємо. Підсвідомий механізм раціоналізації не потрібно плутати з навмисною брехнею, обманом або нещирістю. Раціоналізація допомагає зберегти самоповагу, уникнути відповідальності й провини. У різній раціоналізації є хоча б мінімальна кількість правди, але в ній більше самообману, тому вона й небезпечна.

6. **Інтелектуалізація.** Цей захисний механізм передбачає перебільшене використання інтелектуальних ресурсів для усунення емоційних переживань і почуттів. Інтелектуалізація тісно пов'язана з раціоналізацією і замінює переживання почуттів роздумами про них (наприклад замість справжнього кохання – розмови про кохання).

7. **Компенсація.** Це несвідома спроба подолання реальних і уявних недоліків. Компенсаційне завдання універсальне, оскільки досягнення статусу є важливою потребою майже всіх людей.

Компенсація може бути соціально бажаною (сліпий стає знаменитим музикантом) і небажаного (компенсація низького зросту – прагнення до влади й агресивністю; компенсація інвалідності – грубістю і конфліктністю). Ще вирізняють пряму компенсацію (прагнення до успіху в безперспективній галузі) і непрямую компенсацію (прагнення утвердитися в іншій сфері).

8. Реактивне формування. Захисний механізм замінює непридатне для усвідомлення гіпертрофованими, протилежними тенденціями. Захист має двосторонній характер. Спочатку витісняється неприємне бажання, а потім підсилюється його антитеза. Наприклад, перебільшена опіка може маскувати почуття відторгнення, перебільшена й ввічлива поведінка може приховувати ворожість тощо.

9. Заперечення. Це механізм відхилення думок, почуттів, бажань, потреб чи дійсності, котрий не сприяє на свідомому рівні. Поведінка така, ніби проблеми не існує. Примітивний механізм заперечення більшою мірою характерний для дітей (якщо голова під ковдрою, то реальність перестане існувати). Дорослі часто використовують заперечення у випадках кризових ситуацій (невиліковна хвороба, наближення смерті, втрата близької людини).

10. Зміщення. Це механізм спрямування емоцій від одного об'єкта до більш бажаної заміни. Наприклад, зміщення агресивних почуттів від роботодавця на членів сім'ї чи інші об'єкти. Зміщення виявляється при фобічних реакціях, коли неспокій від прихованого конфлікту переноситься на зовнішній об'єкт. У психологічному консультуванні, як правило, трапляються випадки використання непридатних захисних механізмів для подолання неспокою.

Дуже важливо дати можливість клієнту виговоритися й виразити свій неспокій, тому що стурбований клієнт мало що чує, він не сприймає доводів консультанта. Невимовлений неспокій безмежний.

Коли він «одягається» в оболонку слова, то фіксується в межах слів і стає об'єктом, якого може побачити і клієнт, і консультант. Відбувається значне зменшення дезорганізуючої сили неспокою. Отже, із неспокійним клієнтом потрібно обговорити його стан. Не можна забувати, що ми маємо, по суті, справу з прихованими у підсвідомості почуттями, тому не варто тиснути на клієнта, щоб він швидше назвав причини свого неспокою. Консультант повинен виявити розуміння й терплячість. Не слід також піддаватися спокусі розмірковувати про стреси й напруження, властиві нашому часу. Це,

як правило, не стосується страждань конкретного клієнта. Людині, яку роздирають внутрішні конфлікти, не слід відмовляти в допомозі через нібито екзистенціальну природу його неспокою. Екзистенціальний неспокій існує, однак більшість клієнтів звертаються не через нього.

Клієнти зі страхом і фобіями

Причини страхів і фобій

Уже згадувалося, що схожим до неспокійного стану є страх. Однак неспокій, на відміну від страху, не має певного об'єкта, страх же пов'язаний із конкретним предметом оточення (обличчям, предметом, подією). Страх має біологічну значимість, оскільки оберегає від багатьох небезпек. Без почуття страху ми були б легкоковразливі.

У психологічному консультуванні існує два типи страхів – нормальний, як природна реакція, і патологічний, який називається фобією. Щоб консультант міг ефективно надавати допомогу, він повинен розуміти психологічний зміст і психодинаміку різних страхів.

Найчастіше клієнт звертається з приводу конкретних страхів, пов'язаних із якимись важливими подіями (страх перед іспитом, чи хірургічною операцією і тощо). У таких випадках слід спочатку допомогти клієнтові зрозуміти зміст події, що викликає почуття страху, розібратися, якою мірою його реакція на цю подію є правдоподібною та адекватною.

Janis вивчив страх у хворих хірургічного відділення і вирізняв три типи емоційних реакцій.

1. Пацієнти першої групи переживали особливо сильний страх перед операцією. Вони відверто говорили про свою стурбованість, намагались якось відкласти операцію, не могли заснути без заспокійливих ліків і постійно шукали співчуття та підтримки в персоналу лікарні. Для цих пацієнтів і після операції був характерний більший неспокій, ніж для решти.

2. Пацієнти другої групи відчували перед операцією помірний страх. Інколи вони висловлювали стурбованість окремими аспектами операції (наприклад способом обезболювання) і просили сказати правдиву інформацію про те, що з ними будуть робити. Хоч ці пацієнти й почувалися вразливими, проте предмет їхньої стурбованості був реальним, а не уявною небезпекою. Після операції

в них спостерігалися лише незначні емоційні порушення. Вони добре співпрацювали з персоналом лікарні.

3. Пацієнти третьої групи майже не відчували ніякого страху перед операцією, позитивно сприймали те, що має статися, їхні очікування виглядали надміру оптимістичними. Після операції, відчуючи болі, ці пацієнти постійно скаржилися на своє погане самопочуття, ставали злими й агресивними і свою злість спрямовували на персонал лікарні. Janis зробив висновок, що страх середнього ступеня корисний, тому що готує людину до зіткнення з реальними небезпеками і майбутніми обмеженнями. Дуже важливою виявилася для пацієнтів попередня інформація про подію, якої вони боялися. Пацієнти третьої групи здавалися безстрашними, не цікавилися, що може статися з ними, тому сприйняття після операційних ускладнень було несподіваним.

Матеріали цього дослідження суттєві для консультування пацієнтів зі страхом. Насамперед напрошується висновок про те, що не слід допомагати клієнтові повністю звільнитися від страху, а також не варто приховувати інформацію, яка, на перший погляд, здається страшною. Інформація, відповідно викладена, лише підготовлює до вказаних подій.

Отже, певна міра страху може виявитися цілющою. Психолог-консультант повинен допомогти клієнтові конструктивно скористатися страхом.

Великі труднощі для психолога має консультування клієнтів із фобіями. Основою патологічних страхів є глибоко прихована тривога. Суть механізму формування фобії полягає в зміщенні тривоги від первинної ситуації чи об'єкта, що викликали занепокоєння, на іншу ситуацію чи об'єкт. Людина починає боятися речей, які є лише заміниками об'єктів первинного занепокоєння. Таке зміщення виникає внаслідок невирішених внутрішніх конфліктів.

Отже, під фобіями розуміємо заміну переживань неспокою страхом, при цьому «обирається» специфічний і конкретний об'єкт або ситуація замість невизначеного напрямку тривоги. Відчувати страх також неприємно, однак ця неприємність більш приємна, бо знаєш, чого боїшся, що може реально нашкодити і як уникнути небезпеки, тобто страх, на відміну від тривоги, контролюється.

Консультант не повинен проявляти поспішності в інтерпретації внутрішніх конфліктів клієнта на основі його конкретної фобії. В інтерпретації дуже ненадійно опиратися на символічний зміст фобії. За

однією й тією ж фобією в різних людей можуть приховуватися різні конфлікти. Суть фобії великою мірою залежить від індивідуальної історії життя клієнта, тому можна помилитися, піддавшись спокусі поверхового пояснення.

«Мова» фобій заплутана, складна. Стержнем невротичної поведінки з перевагою фобій є посилене уникання тривоги, намагання обійти спонукаючий її конфлікт. Тому клієнт почасти спокійно говорить про свій страх, але заперечує існування будь-яких внутрішніх конфліктів, пов'язаних із цим страхом. Консультант повинен бути готовий до такої поведінки. Способи уникнення обговорення конфлікту можуть проявитися найрізноманітнішим способом. Як правило, клієнти дуже обережні в стосунках із консультантами. Вони схильні опиратися намагання консультанта говорити про речі, що провокують тривогу.

Опір знову ж таки може набувати різних форм. Клієнт забуває деталі передісторій своїх проблем, що розкривають суть психологічного конфлікту. Наприклад, виникнення фобій якимось пов'язано зі змінами життя клієнта, системи стосунків його особистості, але клієнт про це навіть не згадує, хоч така інформація дуже важлива для розуміння природи фобій.

Опираючись, клієнт також може намагатися відійти від теми бесіди і, отже, ухилитися від тематики, що провокує тривогу.

Консультант повинен враховувати ці типові риси поведінки клієнтів із фобіями, оскільки інколи доводиться поступатися перед клієнтами, і не торкатися неприємних тем, щоб не завдавати їм страждань. Однак така тактика не дозволяє надіятися на успіх у корекції фобій.

Ще один спосіб утечі від тривоги клієнтів із фобічними реакціями – самолікування. Вони купують книжки на медичну тематику, шукають інформацію у спеціальних журналах, намагаються випробувати всі можливі методи лікування, однак уникають безпосереднього звернення до своїх внутрішніх конфліктів. Консультантові важливо розібратися, яку вторинну вигоду має клієнт зі своєї «боязливої» поведінки в сімейних стосунках, на роботі чи в будь-яких інших сферах. Шанси розуміти клієнта збільшуються, якщо застосовується спроба дивитися на його проблеми чи симптоми в широкому контексті.

Ще одна особливість консультування клієнтів із фобіями виявляється в тому, що страхи можуть передатися консультантові. Якщо

таке трапилося, то це означає, що перемогла використана клієнтом техніка ухилення, і цим випадком не слід займатись. Ефективна корекція страхів вимагає від консультанта посиленого самоконтролю.

Вороже налаштовані й агресивні клієнти

Причини ворожості і агресивності

Немало проблем у консультуванні створюють негативно налаштовані чи відкрито ворожі (що трапляється рідше) клієнти. Консультанти по-різному реагують на таких клієнтів: одні відповідають дратівливо і з ворожістю; інші намагаються виявити люб'язність і дружбу, налаштовуючи клієнта на свою користь і пояснюючи відсутність підстав для озлоблення; треті ігнорують стан клієнта, поведуться так, ніби нічого не сталося. Можливо, у деяких випадках корисно розсердитися на клієнта, однак ще важливіше зрозуміти причину його стану.

Клієнтові слід сказати, що він вороже налаштований і злий. Інколи поняття «озлобленість» і «ворожість» є надто сильними для характеристики, тому свої висловлювання слід формулювати не лише категорично. Наприклад: «Ви, здається, чимось невдоволені?», «Ви розчаровані?», «Не хочете щось сказати?», «Це звучить так, ніби ви сердиті» тощо. Якщо консультант лише підозрює клієнта у ворожості, він може уточнити: «Що сталося?», «Я неправильно щось сказав чи зробив?». У будь-якому випадку, зіткнувшись із ворожістю клієнта, не варто поводитися так, ніби розколовся світ навпіл. Зрозуміло, не можна з насмішкою чи презирством дивитися на клієнта – його ворожість слід завжди трактувати серйозно, тому що вона заважає психологічній взаємодії.

Причини незадоволення клієнта можуть бути простими – не подобається вигляд чи слова консультанта, консультант надто молодий і т. п. Причини, як правило, існують. Щоб розібратися в підставі озлобленості клієнта й ефективно реагувати на неї, консультант повинен розуміти основні риси цього стану.

Насамперед злість є чимось патологічним чи незвичайним. Кожен зрідка сердиться, або, точніше кажучи, здатен розізлитися. Немає такої життєвої ситуації, де не могло б проявитися почуття злості, зла думка чи дія. Деякі справи, що відбуваються в житті, хоч і невеликою мірою, але мотивовані злістю. Ворожість має свій зміст – вона є засобом самозахисту, крім того, вона значно дієвіша, ніж страх. Інакше кажучи, злість є не лише сигналом, що попереджає про

небезпеку, як тривога й страх, а й почуттям, що зумовлює самозахист, вона породжує агресивність.

Завдання консультанта

Консультантові важливо знати походження озлобленості, причини якої приховані в життєвих обставинах клієнта. Злість «історична», тобто має своє минуле, у кожної людини неповторна.

Упродовж життя, особливо в дитячі роки, формується індивідуальний «стиль ворожості», тобто через що ми сердимось, як накопичується й вимощується злість. Одні клієнти сердяться, якщо консультант говорить наказовим тоном: інші – коли ясно й точно не вказує, що робити; треті – коли ставить багато особистих запитань, тому що це видається для них зайвою цікавістю. Такі обставини в одних клієнтів стимулюють ворожість, в інших – ні. В основному ці відмінності зумовлені особливостями життєвого досвіду. Консультантові нелегко достатньою мірою прослідкувати історію озлобленості клієнта, проте важливіше зрозуміти, що злість, в основному, «принесена» у консультування і не пов'язана з тим, що говорить і робить консультант.

Інколи в конкретний момент консультант безпосередньо «заміняє собою» якусь людину чи ситуацію з минулого життя. Коли клієнт, особливо на початку консультації, ворожий, підозрілий, злий, консультант повинен знати, що джерело цих почуттів – в особистості клієнта. Почасти консультант схильний звинувачувати себе, оскільки йому здається, що клієнти завжди поважають хорошого консультанта і ніколи не повинні сердитися на нього. Це неправильно – злість є унікальним почуттям. І не варто впадати в ілюзії з приводу відсутності ворожості при консультуванні. Однак ілюзія може виникнути й виникає. Потрібно твердо знати про інше – консультант, стосовно якого клієнт не може вільно висловити своє невдоволення чи злість, – поганий консультант.

У консультуванні слід мати на увазі, що інколи клієнт приховує тривогу. У таких випадках потрібно допомогти клієнтові розібратись у його справжніх почуттях і трансформувати ворожість.

Хоч консультантові нелегко лишатися спокійним, відчувши озлобленість клієнта і вислуховуючи неприємні речі про себе, однак не слід забувати, що відповідати ворожістю – значить провокувати ще більшу ворожість. Консультант зобов'язаний усвідомити свої почуття в таких ситуаціях, ідентифікувати своє невдоволення, щоб ефективніше допомогти клієнтові перебороти його озлобленість.

Коли на ворожість клієнта ми не відповідаємо ворожістю, то врешті-решт збільшується взаємне розуміння, зростає співробітництво в досягненні спільної мети.

Існує велика різниця між озлобленістю клієнта, що виникла в процесі консультиування, і прямими образами консультанта. Як правило, агресія стосовно консультанта виражається не прямо. До образ консультанта ні в якому разі не повинен лишатися толерантним, оскільки вони шкодять і самому клієнтові.

Одним із варіантів такої поведінки є дорікання колегам консультанта, з якими клієнт зустрічався раніше. Іноколи претензії бувають справедливі, оскільки не всі психологи досконалі й ввічливі у своїй поведінці. Проте в більшості випадків повідомляється або цілковита неправда, або дуже викривлена інформація. Так клієнт примушує консультанта погодитися з ним або провокує дискусію. У цих випадках не слід розкривати своїх позицій, просто дати клієнту змогу повніше поділитися своїми переживаннями. Існує міф про неконтрольовану ворожість психічно хворих клієнтів. Насправді реальну небезпеку становлять небагато таких хворих. Однак під час виникнення небезпечної ситуації консультантові не потрібно демонструвати героїзм. Лишаючись спокійним, не погрожуючи, слід попередити клієнта, що агресивні дії недопустимі й за потреби будуть вжиті дисциплінарні заходи. У словах консультанта не повинна звучати ворожість. Як правило, клієнти погоджуються з обмеженнями, тому що й самі занепокоєні наслідками своєї поведінки. Частіше в консультиуванні трапляється прихована ворожість. Справитися з нею складніше. Отже, якщо в бесіді з клієнтом відчуваємо щось недобре, то слід йому допомогти відверто висловитися, розкрити свої переживання, тому що будь-які сильні емоції, що лишилися невисловленими, особливо негативні, дезорганізують логічне мислення й поведінку, сприяють виникненню психосоматичних симптомів і ускладнюють процес консультиування.

3.2. Особливості роботи психолога з клієнтами з алкогольною залежністю

Причини алкоголізму

Алкоголізм – це одна з найважливіших соціальних проблем сучасності, одна з найскладніших медичних проблем і, зрештою, одна з найскладніших проблем психологічної допомоги.

Причини алкоголізму намагаються пояснити по-різному, і остаточного пояснення не існує. Одні науковці вважають, що алкоголізм можна діагностувати, коли вживання алкоголю порушує здоров'я і стає потрібним для підтримування нормальної активності. Інші вчені стверджують, що алкоголізм належить до особистісних порушень, які проявляються у психічній і фізичній залежності. Треті називають алкоголізм процесом вживання алкоголю, змінами психічного стану, що створює проблеми у стосунках із членами сім'ї, родичами, друзями, співробітниками, протиправні дії. В останньому випадку абсолютна кількість вживаного алкоголю не дуже важлива.

Як правило, фахівці розрізняють соціальні, біологічні й психологічні причини алкоголізму. Біологічні причини вбачають в особливостях метаболізму індивіда – деякі люди дуже чутливі до алкоголю. Інші, навпаки, вирізняються підвищеною толерантністю, вживають надмірні дози спиртних напоїв і не стають алкоголіками.

Добре відомо, що діти алкоголіків частіше страждають алкоголізмом, а це вказує на важливість генетичних факторів. Ті, хто наголошує на вагомості біологічних причин походження алкоголізму, надають перевагу лікуванню фармакологічними засобами. Однак таке лікування неефективне.

Психологічні причини алкоголізму вбачають у спробах індивіда вирішити проблеми з допомогою найдоступнішого засобу – алкоголю. Оскільки спиртні напої справді допомагають тимчасово зменшити емоційну напругу, вживання алкоголю може стати звичним засобом зняття стресів. Поступово для досягнення бажаного результату потрібні все більші дози. Зі збільшенням кількості алкоголю й частоти його вживання виникають типові розлади: мислення стає обмеженим, сповільнюються фізичні реакції, псуються стосунки з людьми, постають нові проблеми, серйозніші від тих, заради яких уживався алкоголь.

Дослідження особистості алкоголіків засвідчують, що більшість із них емоційно незрілі, ні від кого не залежні й пасивні. Через низький поріг чутливості вони постійно відчують потребу у зменшенні тривожності. До вживання алкоголю, з одного боку, спонукає і те, що він полегшує прояв почуттів, у т. ч. ворожих, сексуальних та ін. З іншого боку, після епізодів інтенсивного пияцтва почасти проявляється почуття провини, і бажання позбутися поганого настрою знов спонукає до вживання алкоголю.

Завдання консультанта

1. Стратегія й тактика роботи консультанта зумовлена розумінням причин алкоголізму.

Деякі консультанти алкоголізм розуміють як шкідливу звичку, слабкість характеру. Серйозної причини для випивки ніби й немає – просто п'ють тому, що подобається, не вистачає волі, хтось розсердив, неможливо опиратися впливу друзів, або просто так вийшло.

2. Консультант при такому підході відверто говорить клієнтові, що він думає про алкоголіків узагалі й конкретно про клієнта, а також пояснює, що той повинен робити. Зрозуміло, слід перестати пити, більше часу приділяти сім'ї, роботі, знайти хобі і т. ін. Інколи настанови мають хороший безпосередній ефект – клієнт перестає пити й починає «нове життя». Проте слід пам'ятати, що алкоголікові неважко на деякий час кинути пити. Він кидає пити десятки й сотні разів із різних причин. Інколи буває збіг із «виховними» зусиллями консультанта, і перерва у питті буває дещо довгою. Якщо випивка супроводжує гостре почуття провини, зусилля клієнта можуть зменшити переживання й потреби у випивці значно зменшаться.

Отже, повчання й моралізаторство у роботі з алкоголіками – не завжди даремна трата часу.

Проте проблема лишається – через деякий час клієнт, як правило, починає пити знову.

Висування на перший план психологічних факторів зумовлено перевагами психологічної допомоги при алкоголізмі перед біологічною терапією. Однак вибір способів конкретної допомоги алкоголізму залежить від обізнаності консультанта у проблемі алкоголізму. Наприклад, консультант буває обтяжений негативними переживаннями у зв'язку з алкоголізмом рідних чи сам зловживає алкоголем, і це впливає на його настанови. Він може відчувати антипатію до алкоголіка і не бачити в ньому людини. Відсутність співчуття дає змогу встановити з клієнтом продуктивний консультативний контакт. У таких випадках слід відмовитися від роботи, тому що для успішного консультування за неадекватною поведінкою алкоголіка варто все ж побачити його особистість.

3. Консультанти, котрі вбачають проблеми пияцтва в життєвих турботах, у намаганні втекти від важкої реальності, всю свою енергію спрямовують на розкриття труднощів і проблем, яких уникають клієнти.

Більшість клієнтів охоче говорять про свої труднощі – тяжке, бездомне дитинство і юність, невдалий шлюб, проблеми на роботі і т. ін. Це почасти викликає співчуття, навіть бажання конкретно допомогти (дати грошей, щось купити, знайти житло). Добročинність консультанта інколи має безпосередній ефект, але, як правило, не надовго.

4. Консультант повинен бути люб'язним із клієнтом, проте не м'якосердим, оскільки легко можна стати жертвою маніпуляцій клієнта, бо алкоголіки відзначаються умінням викликати співчуття, залучити на свій бік і утримувати консультанта на безпечній відстані.

Убачаючи причини алкоголізму тільки в життєвих труднощах, ми часто не враховуємо суттєвий фактор – внутрішні конфлікти, страх перед самим собою.

У чому вихід? Насамперед консультантові слід мати на увазі, що деяким алкоголікам взагалі неможливо допомогти. Важлива також думка консультанта про алкоголіків, багато з яких чутливі до критики, займають захисну позицію. Алкоголік такою ж мірою вартий поваги, як і будь-яка людська істота. У бесіді слід допомогти йому зрозуміти самого себе. Більшість алкоголіків, незважаючи на чутливість до критики, мають низький рівень самооцінки. Безмірне пияцтво часто викликає ненависть до себе і бажання до самознищення.

6. Консультанту необхідно звернути увагу на сексуальну сферу алкоголіка. Хворим алкоголізмом властиві страхи з приводу статевої потенції і взагалі повноцінності свого статевого життя. Оскільки алкоголік багато часу проводить в одностатевій компанії, у нього можуть виникнути страхи через мастурбації чи гомосексуальні бажання.

7. Розкрити суть внутрішнього світу свого клієнта нелегко і навіть ризиковано. Клієнт, усвідомивши, що його страхи, таємниці статевого життя доступні сторонній людині, може відчувати напади і починає агресивно реагувати на консультанта, а потім пити ще більше.

Хоч і парадоксально, але саме так алкоголік сприймає поверховий підхід консультанта, намагання уникнути обговорення гострих питань і відмову від проникнення до його внутрішнього світу.

Консультант, по суті, опиняється в безвихідному становищі – що б він не робив, все закінчується одним результатом – поверненням

клієнта до алкоголю. Це вражає професійне самолюбство і є однією з головних причин відмови консультантів у допомозі алкоголікам.

8. У роботі з алкоголіками, на думку Вігої, консультант повинен врахувати дві важливі речі. По-перше, відмовитися від професійної зарозумілості, тобто не думати про свою силу й владу над клієнтом і не жадати його безкінечної вдячності, перестати гордитися своїми успіхами. По-друге, слід ясніше усвідомити схильність алкоголіків підтримувати і ще більше роздмухувати «авторитет» консультанта, щоб потім «підірвати» його. Якщо консультант знає про це, то для нього менш болючою є спроба клієнта зачепити його самолюбство, а, крім того, він буде спокійно реагувати на запобігання клієнта, вбачаючи в них лише спосіб опиратися консультуванню, а значить, продовження самознищення.

9. Консультант має враховувати деструктивність алкоголіка стосовно самого себе. Опираючись консультантові, алкоголік уникає саморозуміння. Оскільки самодеструктивна тенденція становить ледве не суть проблеми алкоголізму, слід усіляко виставляти її перед клієнтом. Не усвідомивши бажання до самознищення, клієнт не зрозуміє причини своєї пристрасті до алкоголю.

Дуже важливо, як говорить про це алкоголік чи сам знає, що руйнує сім'ю й життя рідних. Варто наголошувати на надуманому, хоч і не усвідомленому характері бажання вживати алкоголь, що частково виявляється в ухиленні від зусиль консультанта.

10. Консультант повинен не лише пояснити суть нинішніх дій клієнта, а й передбачити його поведінку після припинення консультування і чим усе закінчиться. Передбачення, засновані на реаліях життя клієнта, дають йому змогу визначити точку відліку – коли багато з того, про що говорив клієнт, почне збуватися, тоді він зможе спокійніше подивитися на своє минуле без зайвої озлобленості і вини.

Така тактика консультанта значно ефективніша, ніж моралізаторство.

Працюючи з алкоголіком, консультант повинен враховувати деякі принципи, а саме:

1. По-перше, консультування повинно відбуватися тоді, коли клієнт не зловживає алкоголем.

2. По-друге, контакт із клієнтом-алкоголіком дещо амбівалентний, оскільки залежність від консультанта часто підміняється ворожим, маніпулятивним ставленням до нього. Консультантові доводиться підсилювати залежність клієнта від себе, замінюючи нею

залежність від алкоголю, яку алкоголік схильний відхиляти. Він думає, що може контролювати і своє пияцтво, і життя загалом, хоча насправді все навпаки.

3. По-третє, консультант зобов'язаний розібратись у своїх реакціях контрперенесення стосовно клієнта. Під час роботи з алкоголіками почасти виникає почуття безнадійності, оскільки здається, що затрачені зусилля даремні. Консультант повинен чітко розуміти, що він не в змозі одразу й назавжди зупинити пияцтво алкоголіка. Він може лише допомогти алкоголікові прагнути до тверезості, але не здатен примусити його облишити пити. Клієнт лише власними зусиллями може повністю звільнитися від пияцтва. Розуміючи дійсність, консультант повинен визначити допустимі межі негативних впливів клієнта й умови, за дотримання яких можливе консультування. Якщо умови не будуть прийняті, консультування потрібно припинити, але все ж лишити шанс для повернення клієнта.

Напевно, найкращих результатів у допомозі алкоголікам досяг поширений у всьому світі рух «Анонімні алкоголіки» (АА), що використовує програму «12 кроків». Програма «АА» стосується самої серцевини проблем алкоголіка – страху перед собою.

Часто алкоголік власну настанову стосовно допомоги виражає словами: «Ви не зможете мені допомогти. Я п'ю щоденно, втратив роботу, мене залишила дружина і діти». Цим він хоче наголосити на власному падінні, деструктивності власної поведінки, а головне – сказати, що простий смертний йому не в змозі допомогти. Учасники «АА» на своїх зібраннях переконують алкоголіка, що в його поведінці немає нічого страшного і така вже його доля, що серед них він стане іншою людиною. Вони говорять: «Подивись на нас. Ось він почав пити в чотирнадцять років і три рази сидів у тюрмі, а цей поміняв двадцять місць роботи, і дружина не лише залишила його, а й покінчила собою».

Так, до алкоголіка повертається відчуття й надія, що, навіть якщо є «знищеною» людиною, щось можна змінити, якщо визнати себе хворим.

Члени груп «АА» не нав'язують свою допомогу, алкоголік повинен прийти сам і попросити допомогу. Для того, щоб це сталося, потрібно досягти межі падіння, котра в кожного своя, опинитися в кризі, коли стає зрозуміло, що проблема всередині, що ти став рабом алкоголю і без сторонньої допомоги не вибратися. «АА» готові допомогти в будь-якому випадку, незалежно від глибини падіння.

Дуже важливий психологічний фактор програми «АА» – вимога до новачка більше говорити про себе, особливо про те, який він поганий. Така «самопрезентація» допомагає йому виявити почуття вини, висловити таке, що накопичувалося роками і про що він не смів говорити, в чому боявся зізнатися навіть собі. Тут суттєвою є, не стільки лише можливість висловитися, скільки відсутність спроб осудження, бо ніхто не намагається здаватися кращим. Це дає велику впевненість у підтримці своїх друзів по нещастю.

Дуже важливий пункт програми «АА» – повернення до віри в Бога, «наскільки я його розумію». Це допомагає уникнути найбільшої тривожності.

Програма «АА» дає змогу також відновити міжособистісні контакти, котрі в минулому житті алкоголіка, як правило, були беззмістовними і одноманітними.

Інколи важко пояснити, чому той, хто приєднався до «АА», перестає вживати алкоголь. Думають, що це трапляється через ідентифікацію до себе подібного. Визнаючи в інших ті ж самі проблеми, легше поводитися так само й глибше зазирнути у власну внутрішню сутність. В ефективності «АА» суттєвою обставиною є те, що член «АА» залишається тверезим, коли допомагає іншим, докладає зусиль заради інших. Зміцнюючи інших, новоприбулих учасників груп «АА», він сам набирається сил.

3.3. Особливості роботи психолога з клієнтами у кризових станах

Клієнти із психосоматичними розладами

Походження психосоматичних розладів

Існує чимало спроб пояснити походження психосоматичних розладів. Майже всі вони так чи інакше пов'язані з психоаналітичним розумінням особистості, оскільки власне основи психосоматичної медицини в третьому десятилітті минулого століття формувалися під впливом психоаналізу. І сьогодні вплив психоаналізу на розуміння й лікування психосоматичних порушень великий. Тривалий час підкреслювалося значення особливостей особистості у виникненні психосоматичних порушень (наприклад, Dunbar описав «коронарну», «алергічну», «гіпертонічну», «ревматоїдну» та інші особистості). Пізніше вважали, що виникнення конкретних психосоматичних порушень передбачено стійкістю певних емоційних станів (один із основоположників психосоматичної медицини Weit-Isaker говорить,

що злість, жорстокість зумовлюють виникнення хвороб серця; безсилля й залежність призводять до хвороб травного тракту, а сексуальна наруга – до порушення системи дихання і т. ін.).

Сьогодні учені схиляються до концепції багатofакторного патогенезу психосоматичних порушень і пояснюють їх не особистісною структурою, а специфічними психологічними, генетичними і соціальними факторами. Підкреслюється значення генетично заданих властивостей людини (у тому числі й психічних), підвищеної вразливості окремих органів (зумовлених родовими, соматичними захворюваннями і фізичними ушкодженнями в дитинстві та юності), взаємин у сім'ї, способів реагування особистості в критичних ситуаціях.

Іноді психосоматичні скарги людини здаються безпідставними і призводять до непорозумінь лікарів загальної практики, котрі в усьому схильні звинувачувати нерви. Однак найчастіше за цими скаргами приховані не вигадані, а реальні конфлікти, точніше кажучи, специфічна стійкість несприятливих стосунків. Як правило, люди намагаються припинити негативні взаємини. Психосоматичний клієнт поводиться інакше. Він роками може терпіти стосунки, які не лише не дають задоволення, а й виснажують, руйнують його особистість. Психосоматичним клієнтам не властиві мазохістські риси. Якби такі стосунки давали мазохістське задоволення, не виникали б психосоматичні симптоми. Толерантність до неблагополучних взаємин і природу психосоматичних симптомів можна пояснити стримуванням ворожості, агресивності, злості. Якщо, як правило, озлобленість спонукає людей до припинення стосунків, то психосоматична особистість вгамовує злість і породжує стосунки. Зовні така людина навіть не виглядає страждальною. Незрозуміло, чому проходить пригнічення злості, але відомо, що психосоматичні клієнти дуже чутливі до будь-яких проявів озлобленості в собі та інших.

Завдання консультанта

Найважливіше завдання консультанта в бесіді з психосоматичним клієнтом – допомогти йому виявити хоч частково приховану озлобленість. Але як це зробити? Деякі консультанти починають із запитання: «Ви нервові?», «Чи ви чутливі?». Можливі відповіді на ці запитання дають мало відомостей. Однак можна запитати і про конкретні проблеми. Запитати й намагатися проникнути в доступність концепції клієнта: «Схоже, що у вашому житті щось викликає

заклопотаність?» або «Що відбувається у вашому житті, що в ньому змінилося, що стало іншим, ніж було раніше?». Питання мають бути спрямовані на повсякденне життя клієнта, на зміни в його роботі, сім'ї, у стосунках із близькими і друзями. Інколи на такі питання консультант чує відповідь, яка нічого не означає: «Все добре». Це тільки відмовка, оскільки в житті кожної людини щось трапляється.

Однак консультант не повинен заперечувати, а продовжувати запитувати клієнта про різні аспекти його життя: чим він займається на роботі, з ким працює, який його особистий внесок до загальної роботи, як він проводить вільний час, які взаємини в сім'ї? Не слід настирливо вимагати розповіді про конфлікти, негативні почуття, оскільки зі словника клієнта зникли відповідні поняття.

Консультант повинен не лише допомогти клієнтові усвідомити свою озлобленість, а й довести, наскільки вона негативно впливає на поведінку. Одні психосоматичні клієнти приємні, з усім погоджуються, і важко повірити в їхню ворожість. Інші не здатні відчутти та й не відчувають ворожості навколо себе. Під час виникнення найменшої суперечки вони пасують. Якщо не можуть вийти із ситуації, то говорять собі, що ті, хто сперечається, жартують. Інші схильні виражати свою злість, але змінюють її справжній об'єкт.

Бесіда з психосоматичним клієнтом про озлобленість, як правило, важка і не завжди успішна, хоча вона дає змогу показати клієнтові, яка його життєва ситуація, як він придумує свою ворожість і як це пов'язано з його соматичними симптомами. Консультант повинен не лише допомогти клієнтові розпізнати в собі злобу, а й спонукати його до реакції у процесі консультування. Тому не дивно, що у випадку успішної роботи, зі справжнім об'єктом ворожості клієнта тимчасово стає консультант.

Ще одна суттєва причина складності консультування психосоматичної особистості – в «емоційній малограмотності», нездатності вербалізувати свої внутрішні переживання, недостатності символічного мислення. Комплекс подібних властивостей поруч із симптомами маскованої депресії був також знайдений в осіб, які перенесли посттравматичний стрес, і навіть у здорових.

Риси алекситимічної особистості є серйозною перешкодою в консультуванні й психотерапії. Найчастіше консультант спостерігає відмову цих клієнтів пов'язувати свої соматичні скарги з конфліктами в емоційній сфері, хоча часто психологічний контекст скарг очевидний.

Дуже складно допомогти людині психологічними методами, коли вона свої емоційні проблеми розуміє як соматичні. Такий клієнт говорить про різноманітні болі, багато мовчить, не виявляє ніякої мотивації до співробітництва, явно зорієнтований на лікування медиками, постійно змушує консультанта проявляти ініціативу. Монотонний, емоційно безбарвний стиль клієнта викликає в консультанта злість, тому що він відчуває себе загнаним у кут. Спроба активно залучати клієнта до емоційних стосунків збільшує в того неспокій через невміння вербалізувати почуття. Відповідний сплеск фізіологічних реакцій дає змогу клієнтові ще більше жалітися на соматичне недомагання.

Якщо клієнт – чітко виражений алекситимік, слід застосувати процедури консультування, які спрямовують не на конфронтацію, а на підтримку. Клієнта також слід підготувати до вербалізації своїх переживань. Для цього можна використати приклади емоційних слів і фантазій, аналіз різних емоційних ситуацій. Хоч така підготовка не завжди ефективна, вона деякою мірою допомагає усвідомити емоційні проблеми і вербалізувати їх.

Клієнти із депресією

Прояви депресії

Насамперед депресія проявляється у зміні настрою. Людина стає сумною й похмурою, її пригнічують думки про своє невдале життя, пече гостре почуття провини. Вона втрачає смак до життя й здатність протидіяти труднощам, втрачає цікавість до речей, котрі раніше були привабливими. Сповільнюється і рухова активність, і процес мислення. Якщо депресія незначна, індивід ще може продовжувати працювати, виконувати повсякденні завдання, однак – усе це перестає давати йому задоволення. Людина стає байдужою до всього, годинами може сидіти біля телевізора і дивитися будь-що або просто лежати. Усе навколо вона бачить у «темному світлі».

Понижений настрій – один із найнеприємніших станів особистості, які часто виникають у різних життєвих ситуаціях і один із найважливіших симптомів більшості порушень психіки, а інколи домінуючий симптом (депресивний невроз, психози).

У консультуванні ми, як правило, маємо справу з так званою «реактивною депресією», котра виникає як реакція на події, що травмують життя (соматичні захворювання, конфлікти, інтимні проблеми, різні втрати, в тому числі смерть близької людини і т. ін.).

Завдання консультанта

Найяскравіша риса депресивної особистості – прагнення до самознищення. Під час депресії людина почуває себе втраченою для життя, стає дуже чутливою до всього, і це також зменшує самооцінку. Наприклад, суперечка з людиною, яка щось для неї значить, не більше, ніж епізод життя, здається кінцем світу; невдача під час іспиту сприймається як доказ абсолютної бездарності. Слід наголосити, що в стані депресії індивід вважає своє сприйняття світу єдино правильним, а періоди життя без депресії здаються йому ілюзією.

Людина у стані депресії зайнята лише собою, власними проблемами, своїм здоров'ям. Вона часто схильна говорити про симптоми, пов'язані з депресією, але не про саму депресію. Тому виражається стурбованість фізичним здоров'ям, безсонням, раннім пробудженням від сну, втратою апетиту, загальною втомою. Інколи скарги на порушення різних систем організму «маскують» депресію (випадки так званої «маскованої депресії»).

Консультантові слід пам'ятати, що депресія спотворює розуміння минулого. Людині здається, що в її минулому не було нічого доброго, ніякої ясності. Вона не пам'ятає моментів щастя, як здорова людина – моментів болю. Такий погляд на минуле впливає і на нинішню самооцінку. Більшість із них забувають випадки, коли в минулому їх супроводжував успіх, і не здатні вирізнити такі моменти в сьогоденні. До речі, депресія викриває судження і тих людей, у яких усе йде успішно. Консультантові слід звертати на це увагу клієнтів.

Під час виникнення депресії індивід, як правило, шукає контактів з іншими людьми, очікуючи від них допомоги. Проте почасти їхній пригнічений настрій зумовлює невдачі в міжособистісних стосунках.

Як наслідок, депресія підсилюється, оскільки індивідові здається, що оточення хоче його відштовхнути. У цьому він знаходить підтвердження нелюбові до себе. Так поступово припиняється пошук зв'язків з іншими людьми, проходить відчуження від них і примирення.

Охоплений депресією індивід відчуває безсилля й безнадійність, страждає мовчки, часто сердячись на себе і на інших.

Одним із наслідків депресивного стану – залежність від думки інших людей, особливо близьких. Людина перестає бути байдужою до того, що думають про неї інші. Залежність і чутливість до критики

породжує невпевненість, а вона, у свою чергу, ще збільшує залежність.

Коли депресивний клієнт звертається за допомогою, уся його поведінка програється в ситуації консультування. Клієнт добивається, щоб консультант узяв на себе відповідальність за його життя. Враховуючи, що в початковій стадії з депресованими клієнтами консультант повинен бути активнішим, зовсім не обов'язково брати на себе всю відповідальність за консультативний процес. Консультант справді не відповідає за вирішення проблем депресивного клієнта: ні за зміни в його житті, ні за рішення, які він приймає. У клієнта, котрий, нарешті, зрозуміє, що консультант не може і не збирається все робити за нього, наче маг чи турботливі батьки, виникає фрустрація, оскільки насправді він хоче більше, ніж допомоги. Депресивному клієнтові недостатньо, щоб консультант просто допоміг його самовизнанню. Йому хотілося б в особі консультанта мати мало що не замітника коханої людини. Коли, зрештою, бажання не задовольняються, клієнт, почасти, своє невдоволення виражає злістю.

Завдання консультанта

Загалом людина в стані депресії майже завжди відчуває деяку озлобленість, якою б пригніченою й нещасною вона не була. Наприклад, вона сердиться на померлого чоловіка (чи дружину) за те, що той помер і залишив її саму, постійно жаліється на погане ставлення до неї друзів і близьких. Тут виникає і деяке протиріччя – поява ворожості підсилює дискомфорт, тому що підвищеною є потреба в людях. Коли людина не наслідуюється відверто висловити озлобленість, ворожість зростає й набирає форму самозвинувачення. Так утворюється зачароване коло, де поєднуються депресія й залежність, самовикриття й озлобленість. Недарма депресію інколи називають «перевернутою злобою» (Kennedy, 1977).

Тому переконувати клієнта, що все буде добре і не треба звертати увагу на дрібниці, тобто весь час підбадьорювати клієнта, радше, шкідливо, ніж корисно. Така поведінка консультанта лише озлоблює й загострює депресію.

Передусім консультантові слід з'ясувати, з якою депресією він має справу – з проявами психотичного захворювання, із невротичною депресією чи просто з нормальною реакцією на сумні події. Депресію не слід плутати з іншими порушеннями. Інколи консультант приймає симптоми депресії за перевтому, фізичне чи психічне виснаження і

рекомендує клієнтові більше відпочивати, спати, вживати вітаміни, поїхати в санаторій тощо. Однак у випадку депресії це мало допомагає.

Завдання консультанта в роботі з депресивними клієнтами двояке – підтримати клієнта і допомогти йому в психологічному поясненні труднощів. Сам факт, що консультант готовий «боротись» із депресією, зміцнює надію клієнта і нейтралізує відчай. Підтримка й розуміння зменшують страждання й переживання вини, допомагають відновити самоповагу. Коли клієнт бачить хоча б одну людину, яка розуміє й цінує його, то може змінити настанову у ставленні до оточення в позитивному напрямку. Для відновлення в клієнта віри у власні можливості потрібно звертати увагу на сфери, в яких він компетентний, і на його минулі досягнення. Важливо мобілізувати агресивні збудження клієнта, щоб він міг успішно боротися з життєвими випробуваннями.

Консультант повинен не чекати (це ще більше фруструє депресивного клієнта і поглиблює депресію), а активно розмовляти з клієнтом про його переживання й зовнішні обставини. Депресивний клієнт вимагає більшої активності, ніж інші, хто звертається. Краще, ніж звичайно, треба будувати консультативну бесіду, особливо на початковій стадії консультування. Потрібна тактика, зумовлена пасивністю клієнта, його небажанням самостійно аналізувати проблеми. Якщо консультант буде сидіти мовчки, він лише наголошуватиме нездатність клієнта до адекватного спілкування. Тому на початку консультування спеціаліст відчуває несе основну відповідальність за бесіду.

Іноколи депресивний клієнт настільки пасивний, що дуже важко йому говорити про свої проблеми, тому з ним приходиться супровідник. Хоч у консультуванні слід ухилятися від розмов за спиною клієнта, в такому випадку отримання інформації від особи, що супроводжує клієнта, є виправданим.

Консультант повинен часто зустрічатися з депресивним клієнтом, особливо якщо в нього гостра депресія. Частота зустрічей може бути 2–3 рази в тиждень із поступовим їхнім зменшенням залежно від стану клієнта.

У процесі консультування потрібно переборювати залежність клієнта і спонукати його до більш активної ролі з кожною наступною зустріччю.

У випадках депресії, як правило, медики використовують лікування антидепресантами. Призначення ліків і дозування – це справа лікарів, проте консультант повинен знати, чи прийматиме його клієнт ліки і яка сила їхньої дії. Не слід давати поради клієнтові з вибору ліків чи доз, проте питання, які виникають, обов'язково слід обговорити з лікарем, який призначив ліки.

Консультант повинен знати про біологічні й психологічні схильності деяких людей до депресивних реакцій у кризових життєвих ситуаціях. У таких клієнтів стан депресії за неблагополучних обставин може повторюватися. Депресія, особливо та, що виникла внаслідок зовнішніх причин, зникає під час зміни життєвих умов.

3.4. Особливості роботи психолога з клієнтами із суїцидальними намірами

Причини суїциду

Людина у стані депресії буває небезпечною для самої себе, тому що вона в явній чи прихованій формі схильна до самознищення.

Отже, слабковиражена депресія може перерости в гостру із суїцидальними намірами.

Самовбивство вважають страшною, безсоромною справою. Тому деякі консультанти, працюючи з депресивними клієнтами, мимоволі нехтують такою можливістю і вважають, що клієнт не може навіть думати про це. Якщо консультант проявляє таку сліпоту, виникає більша небезпека для благополуччя і навіть життя клієнта. Проблема полягає, як правило, не в приховуванні самогубцем своїх намірів, а в тому, що його не почують, коли буде говорити про них.

Розрізняють спробу самогубства (парасуїцид) і реалізоване самогубство. За даними Daves жінки в чотири рази частіше, ніж чоловіки намагаються покінчити життя самогубством, а чоловіки в чотири рази частіше схильні до самогубства.

Важливе питання, хто все-таки і в яких ситуаціях частіше здійснює самогубство. Уже згадувалося, що не всі люди у стані депресії намагаються здійснити самогубство, але не в депресивному стані самогубство здійснюється дуже рідко, що дає змогу охарактеризувати **такі групи потенційних самогубць**:

1. Одинокі чоловіки (розлучені та які не мають близьких друзів), які старші 40 років.
2. Особи, які проживають самі.
3. Алкоголіки.

4. Люди, які пережили втрату близьких.

5. Люди похилого віку, які мають соматичні захворювання.

Є дві умови, що сприяють спробам самогубства. *Перша* – збільшення стресу до рівня, що важко переживається клієнтом. *Друга* – нездатність здолати стрес ні самому, ні за допомогою інших. Як правило, рішення про самогубство не виникає раптово. Часто йому передують серія спроб поділитися своїми намірами з іншими людьми. Найбільша ймовірність спроби самогубства випадає на вершину екзистенційної кризи.

Coleman вирізняє *три фактори*, які дуже підвищують ризик під час схильності до самогубства: міжособистісні кризи, падіння рівня самооцінки, втрата смислу життя й перспективи.

Shnidman вирізняє *чотири умови*, що сприяють можливості самогубства:

1. Депресія.

2. Дезорієнтація з галюцинаціями.

3. Намагання повернути втрачений контроль над оточенням (наприклад, смертельно хвора людина може спробувати здійснити самогубство, щоб взяти під контроль час своєї смерті).

4. Залежність від інших і велике невдоволення таким становищем. Дуже важлива риса потенційного самогубця – *амбівалентність*. Вона ускладнює розкриття справжніх намірів. Тому про тих, хто намагався здійснити самогубство, інколи можна почути: «Не схоже на депресію. Учора ввечері в нього був хороший настрій».

Завдання консультанта

Консультант, зустрічаючись із клієнтом, який має суїцидальні наміри, передусім зобов'язаний проаналізувати власні настанови й почуття власного самогубства, знати їх наперед. У роботі ніколи не слід приховувати своїх справжніх почуттів. Хороший контакт із консультантом може стати міцною ниткою, що пов'язує людину, яка втратила останню надію з життям.

Інколи допускають, що обговорення з клієнтом можливості самогубства лише підсилює їхні наміри. Однак, як правило, бесіда про почуття, що підштовхують до самогубства, зменшує вірогідність реалізації намірів. Тому консультант не повинен ухилятися від обговорення з депресивним клієнтом проблеми самогубства. Так він показує клієнтові, що думки про самогубство можуть бути сприйнятими й зрозумілими іншою людиною.

Розглядаючи дуже серйозно будь-який намір самогубства, все ж слід не забувати про змогу маніпулятивної загрози, щоб переконати

консультанта у важливості своєї проблеми і претендувати на максимум його часу. Більшість симулянтів є істеричними особами. Деякі клієнти говорять про самогубство через бажання відомстити тим, хто нібито недостатньо їх любить. Загалом елемент ворожості присутній майже в кожному самогубстві.

Зустрівшись у консультуванні з депресивним клієнтом, який висловлює суїцидні наміри, дуже важливо оцінити ризик їхньої реалізації. Від правильного прогнозу може залежати життя клієнта. На думку Pretsee, якщо людина вже обрала спосіб самогубства, який гарантує смерть, і цей спосіб є легко доступним, то ризик суїциду стає дуже значним.

Ступінь очевидності самогубства консультант може з'ясувати, коли поставить клієнтові другорядні запитання (Bird, 1973). Запитувати прямо: «Чи не збираєтеся ви вчинити самогубство?» – небажано, тому що таке запитання спонукає клієнта до заперечення. Ефективна практика поступового розпитування клієнта, а саме:

Консультант: Як Ваші справи?

Клієнт знизує плечима.

Консультант: Не все добре?

Клієнт трясє головою.

Консультант: Сумно?

Клієнт киває головою.

Консультант: Усе здається безнадійним?

Клієнт: Так.

Консультант: Життя інколи здається безнадійним?

Клієнт: Інколи.

Консультант: Чи часто Ви думаєте про те, що хотіли б померти?

Клієнт: Більшу частину часу.

Консультант: Виникає бажання покінчити з життям? *Клієнт:* Інколи.

Консультант: Обдумували Ви, як це зробити?

Клієнт: Ще так далеко не зайшов.

Така поступовість опитування дає змогу точніше дізнатися, як далеко зайшов клієнт у своїх думках про смерть. Отже, клієнт має неприховані суїцидні наміри, однак прямої загрози самогубства немає.

Засновник логотерапії V. Frankl пропонує оцінювати замість вірогідності самогубства величину життєвого потенціалу і запитувати клієнта не про причину небажання жити, а про зміст життя для нього.

Що більше знаходиться ниток, які пов'язують клієнта з життям, то менша вірогідність самогубства. Існують певні правила консультування осіб, які мають намір вчинити самогубство.

Концентровано завдання консультанта можна сформулювати так:

1. Із такими клієнтами треба частіше зустрічатися.

2. Консультант повинен звертати увагу суїцидального клієнта на позитивні аспекти його життя. Наприклад: «Ви згадували, що раніше багато чим цікавилися. Розкажіть про свої захоплення» або «Завжди є заради чого жити. Що думаєте про це?» Такі запитання допомагають клієнтові вишукати ресурси для подолання важкого стану життя.

3. Дізнавшись про намір клієнта вчинити самогубство, не слід панікувати, намагатися відвернути його якимось заняттям і застосувати моралізаторство («Від цього нічого не зміниться», «Чи знаєте Ви, що релігія вважає самогубство величезним гріхом?»). Така тактика лише переконує клієнта, що його ніхто не розуміє і консультант – також.

4. Спеціаліст повинен залучити до роботи з клієнтом між консультативними зустрічами близьких для нього людей (родичів, друзів).

5. Клієнт повинен мати змогу у будь-який час зателефонувати, щоб той міг консультувати його емоційний стан.

6. За високої вірогідності самогубства слід ужити запобіжних заходів – поінформувати близьких клієнта, обговорити питання про госпіталізацію. Консультантові не завжди легко це виконати.

Клієнт починає заперечувати свої наміри і переконує, що не треба про нього турбуватися. Консультантові краще покластися на свою інтуїцію і врахувати небезпечні ознаки в поведінці клієнта, оскільки заспокійливі заяви консультанта мають – у випадку загрози вчинення самогубства –максимально вплинути на клієнта.

7. Консультант не повинен дозволяти клієнтові маніпулювати собою погрожуванням вчинити самогубство.

8. Консультант зобов'язаний не забувати, що він не Бог і, незважаючи на найкращі наміри, не завжди здатен протистояти вчиненню самогубства. Найбільшу відповідальність за власні дії несе сам клієнт. Консультант не може повністю відповідати за клієнта. Він лише професійно відповідальний за попередження реалізації суїцидальних намірів. Однак незаперечна аксіома – якщо клієнт насправді хоче покінчити з життям, ніхто не здатен зупинити його.

Як відзначає Kennedy, «ми говоримо «так» життю клієнта, але ж повинні бути готовими до того, що деякі клієнти все-таки скажуть своєму життю «ні».

9. Консультант має дослівно, у письмовій формі, документувати свої дії, щоб у випадку нещастя міг довести собі й іншим, що діяв професійно і вжив усіх заходів для того, щоб запобігти катастрофі.

10. Консультант повинен знати специфіку консультування осіб, які намагалися вчинити самогубство. Консультування спрямовується на подолання спроб до самогубства, які ще залишаються після невдалої спроби. Hamilton і Moss виділяють три етапи консультування: в гострій стадії, у стадії одужання і після одужання.

11. Особливо важлива робота консультанта у двох перших стадіях. Під час першого контакту після невдалого акту самогубства пріоритетними є унікальність ситуації й самопочуття «самогубця-невдахи». Людина, яка випробувала максимальну напругу душевних сил, розуміє, що не померла, але обставини, що призвели до спроби піти з життя, залишилися. Момент «пробудження» – початок нового етапу життя цієї особи. Тому важливо, який вплив буде вписаний у чистий аркуш свідомості клієнта. Час першого контакту не повинен обмежуватися, клієнтові слід дозволити висловитися.

12. Від консультанта, котрий зустрічається з таким клієнтом, вимагається непідробна віддача всіх своїх душевних сил. Ідеться про дещо більше, ніж обов'язки консультанта. Після спроби вчинення самогубства клієнт максимально чутливий і дуже вразливий, він ясно відчуває внутрішній стан консультанта. У першій стадії не слід починати обговорення основного конфлікту і поступово можна перейти до причин психосоматичного змісту самогубства. Консультування має бути спрямованим на зменшення тривоги й безнадійності. Стадія одужання починається, коли клієнт може повернутися до свого попереднього оточення. У другій стадії, як, до речі, і після повного одужання, можливе повторення суїцидальних намірів.

Особливо провокуючий вплив чинить оточення, безпосередньо пов'язане із травмувальним фактором. Тому на другому етапі дуже важливою є робота консультанта із сім'єю суїцидента.

Допомога сім'ї почасти вирішує проблематичні обставини. Узагалі спроба самогубства — суттєва причина для змін у сімейному житті, точніше, такі зміни стають неминучими. Лише зміна умов життя по-справжньому буває цілющою для таких клієнтів.

Спроба клієнта вчинити самогубство, а тим більше його здійснення, є для консультанта дуже важкою психічною травмою.

3.5. Особливості роботи психолога з клієнтами, які переживають втрату

Консультування у випадку смерті близької людини

Для того, хто помер, смерть – абсолютний кінець його земного життя. Однак у душах близьких і друзів людина ще продовжує, існувати, як правило деякий час. Примирення з утратою – болісний процес, але абсолютно природний, і його не слід форсувати.

У житті втрати більше чи менше відчутні, але у всіх випадках людина відчуває душевний біль, переживає горе. Втрати, як і інші події нашого життя, не лише болісні, вони пред'являють і можливості особистісного росту. Консультант може сприяти реалізації цієї втрати, її зв'язку з іншими емоціями, ролі у становленні людини.

Ніхто не повинен переконувати в протилежному, намагатися чимось зацікавити, займати розвагами. Смерть близької людини – це тяжка рана, і особа, яка зазнала втрати близької людини, має право сумувати.

Інтенсивність і протяжність почуття горя в різних людей неоднакові. Усе залежить від характеру стосунків з утраченою людиною, від вираженості вини, від подовженості траурного періоду в конкретній культурі.

Душевні муки як найяскравіший компонент трауру є, передусім, процесом, ніж станом. Перед людиною заново постає питання про ідентичність, відповідь на яке приходить не як миттєвий акт, а з часом у контексті людських стосунків як чергування стадії заперечення, озлобленості, компромісу, депресії, адаптації. Вважають, що нормальна реакція горя може продовжуватися майже рік.

Зразу після смерті близької людини з'являється гострий душевний біль.

На першому етапі емоційного шоку супутня спроба відкидати реальність ситуації. Шокова реакція інколи проявляється в несподіваному зникненні почуттів, «охолодженні», ніби почуття провалюються десь у глибину. Це буває навіть тоді, коли смерть близької людини не була раптовою, а очікувалася тривалий час. Відкидається сам факт смерті – «Він не помер», «Цього не може бути», «Я не вірю

цьому». Про померлого нерідко говорять у теперішньому часі, його беруть до уваги під час планування майбутнього.

У горі обов'язково настає озлобленість. Той, хто втратив близьку людину, намагається звинувачувати когось у тому, що сталося. Вдова може звинувачувати чоловіка за те, що він залишив її, або Бога, який не почув молитов. Звинувачують лікарів та інших людей, які здатні реально чи лише в уяві захистити того, хто страждає, і могли б не допустити до такої ситуації. Ідеться про справжню злість. Якщо вона залишається всередині людини, то «підживлює» депресію. Тому консультант повинен не дискутувати з клієнтом і не коригувати його злість, а допомогти їй вилитися назовні. Лише в такому випадку зменшиться вірогідність її розрядки на випадкових об'єктах.

Після першої реакції на смерть близької людини – шоку, заперечення, злості – відбувається усвідомлення втрати й примирення з нею.

У статті «Горе і меланхолія» (1977) S. Freud назвав процес адаптації до нещастя «роботою горя». Сучасні дослідники «роботу суму» характеризують як когнітивний процес, якій включає зміну думок про померлого, гіркоту втрати, спробу відійти від утраченої особи, пошук свого місця в нових обставинах. Цей процес не є якоюсь неадекватною реакцією, від якої треба вберегти людину, із гуманістичних позицій він прийнятний і потрібний. Мається на увазі дуже велике психологічне навантаження, яке примушує страждати. Консультант здатний полегшити стан людини, однак його втручання не завжди доречне. Почуття суму не слід призупиняти, воно має продовжуватися стільки, скільки потрібно.

Типовий прояв горя – сум за померлим. Людина, яка зазнала втрати, хоче повернути втрачене. Як правило, це ірраціональне бажання недостатньо усвідомлюється, що робить його ще глибшим. Консультантові слід розібратися в символічній природі суму. Пошук померлого не безпідставний – він відверто спрямований на відтворення втраченої людини. Не слід пробиватися символічним зусиллям до того, хто сумує, оскільки так він намагається пережити втрату.

У траурі дуже суттєві ритуали. Вони потрібні тому, хто сумує, як повітря й вода. Психологічно дуже важливо мати публічний і санкціонований спосіб вираження складних і глибоких почуттів. Ритуали потрібні живим, а не померлим, і вони не можуть бути спрощені до втрати свого призначення.

Завдання консультанта

Консультування людей, які зазнали втрати близьких, – це нелегке випробовування духовних сил і професійної компетенції психолога.

Консультант не повинен заглушати процесу горя. Якщо він зруйнував психологічний захист клієнта, то не зможе надати ефективну допомогу.

Слід відзначити, що «робота суму» не для всіх людей є ефективною стратегією подолання втрати. Багато залежить від стилю реакції. Людині, схильній заглушити болючі спогади іншим видом діяльності, «робота суму» мало допомагає.

Із закінченням «роботи горя» проходить адаптація до реальності нещастя, і душевний біль зменшується. Того, хто зазнав втрати, починають цікавити нові люди й події.

У період утрати страждання полегшуються присутністю рідних, друзів і причому суттєва не їхня дійова допомога, а легка доступність упродовж кількох тижнів.

Роль слухача у деяких випадках може виконувати консультант. Клієнтові слід дати змогу виражати будь-які почуття. Інше дуже важливе завдання консультанта – допомогти близьким правильно реагувати на сум людини, яка втратила близьких.

Переживання втрати під час розлучення

Утрата близької людини трапляється не лише після її смерті. Розлучення є аналогічною ситуацією і породжує схожу динаміку переживань. Розлучення – це «смерть» стосунків, що викликає найрізноманітніші, але завжди болісні почуття.

Froiland і Hosman для опису розлучення скористалися відомою моделлю Kubler-Ross:

1. *Стадія заперечення.* Спершу реальність того, що трапилося, заперечується. Важко одразу звикнути з розлученням. На цій стадії ситуація розлучень сприймається з вираженим захистом: «Нічого такого не сталося», «Все добре», «Нарешті, прийшло звільнення» і т. ін.

2. *Стадія озлобленості.* На цій стадії від душевного болю захищаються озлобленістю до партнера. Почасти маніпулюють дітьми, намагаючись привернути їх на свій бік.

3. *Стадія переговорів.* Намагаються відновити шлюб і використовують багато маніпуляцій стосовно одне одного, в тому числі й сексуальні стосунки.

4. *Стадія адаптації.* Коли консультант зустрічається з розлученим клієнтом на одній із вищезгаданих стадій, його мета – до-

помогти клієнтові «перейти» у стадію пристосування до умов життя, що змінилися.

Діапазон проблем, що виникли після розлучення, надзвичайно широкий – від фінансових до догляду за дітьми. У вирішенні проблем суттєве місце займає уміння жити без дружини (чоловіка) і переборювати самотність. Роль консультанта в цих обставинах може виявитися досить значною. Він повинен допомогти відрізнити самотність від усамітнення, відкрито аналізувати ставлення до сексу.

3.6. Особливості роботи психолога з невиліковно хворими клієнтами

Особливості бесіди з умираючою людиною

Ставлення до смерті впливає на спосіб життя. Св. Августин мислив так: «Лише перед лицем смерті народжується самотність людини».

Невиліковна хвороба невмодно наближує реальність смерті. Вона суттєво змінює людське життя, і на цьому фоні, як не парадоксально, почасти проявляються ознаки «росту особистості». Що ж відбувається під час наближення смерті? Якоюсь мірою відповідь на запитання ми одержуємо в бесідах із онкохворими:

- заново оцінюються пріоритети життя – втрачають значення дрібниці;
- виникає відчуття звільнення – не робиться те, чого не хочеться робити;
- підсилюється хвилинне відчуття життя;
- спілкування з люблячими людьми стає глибшим;
- зменшується страх бути знехтуваним, зростає бажання ризикувати.

Усі ці зміни свідчать про збільшення чуттєвості невиліковно хворої людини, що пред'являє конкретні вимоги до тих, хто поруч із ним – близьких, лікарів, психологів. У хворого виникають дуже важливі для нього запитання – «Чи скоро я помру?». Не існує єдиної правильної відповіді на це запитання. У такий момент накладається велика відповідальність у розмові з пацієнтом про смерть. Насамперед, непогано порадити йому впорядкувати життєві справи (останнє бажання, заповіт і т. ін.). Можна не говорити пацієнтові, що скоро він помре. «Кожен повинен бути готовим до найгіршого, особливо важкохворий». Деякі люди не схильні думати про завершення своїх земних справ, тому що їм здається, що вирішення

цих проблем відкриває двері смерті. Із ними можна обговорити проблему страху перед смертю.

Питання про відвертість із невиліковно хворим є найважчим. Існують найрізноманітніші думки з цього приводу. Одні вважають, що пацієнтові слід сказати всю правду, інші наголошують на потребі бережливого ставлення до важкохворого і нічого не говорити йому про наближення смерті, треті вважають, що слід поводитися так, як цього бажає пацієнт. Звичайно, хворий має право знати правду про свій реальний стан, і нікому не дозволено ущемляти це право, однак не варто забувати, що «право знати» не рівнозначне «обов'язково знати». Право знання не рівносильне вибору знання. Важкохвора людина може і не бажати знати будь-що конкретне про наближення смерті, і оточуючому повинно поважати його вибір.

Послідовність реакцій невиліковно хворих людей на наближення смерті описує *модель Kubler-Ross*.

1. *Заперечення*. Відвідуючи різних лікарів, пацієнти сподіваються на заперечення діагнозу. Реальний стан речей приховується і від сім'ї, і від себе.

2. *Злість*. Вона найчастіше висловлюється запитанням: «Чому я», «Чому це сталося зі мною?», «Чому мене не почув Бог?».

3. *Компроміс*. На цій стадії намагаються ніби відстрочити присуд долі, змінюючи свою поведінку, спосіб життя.

4. *Депресія*. Зрозумівши неминучість свого становища, людина поступово втрачає цікавість до навколишнього світу, відчуває сум, гіркоту.

5. *Адаптація*. Примирення розуміється як готовність спокійно зустріти смерть.

Помираючий здатний зрозуміти свій стан і почасти хоче поговорити про свою хворобу й наближення смерті, але лише з тими, хто вислуховує його без поверхових спроб утішити. Тому консультантові як лікареві слід уміти кваліфіковано розібратись у бажаннях вмираючого й пов'язаних зі смертю фантазіях і страхах. Це дасть змогу не лише вислухати пацієнта, а й допомогти йому поділитися думками про смерть і про те, що він утратить разом із життям.

Декілька важливих принципів, котрі слід враховувати консультантові в роботі з людьми, які помирають:

1. Дуже часто люди помирають у самотності. До вмираючого не слід ставитися так, як до уже померлого. Його слід відвідувати й спілкуватися з ним.

2. Треба уважно вислуховувати скарги вмираючого і терпляче задовольняти його потреби.

3. На благо вмираючого мають спрямуватися всі зусилля його близьких людей.

4. Помираючи, люди переважно більше говорять, ніж вислуховують відвідувачів.

5. Мова помираючого часто буває символічною.

6. Не слід трактувати людину, яка помирає, лише як об'єкт турбот і співчуття.

7. Найбільше, чим може скористатись умираюча людина, – це наша особистість.

8. Психологам і лікарям слід зізнатися у своїх сумнівах, почутті провини.

Персоналові, що працює з умираючим і його близькими, теж потрібна суттєва допомога. Із ними слід насамперед говорити про усвідомлення прийняття смерті з почуттями й провини, й безсилля.

3.7. Особливості роботи психолога з клієнтами, що зазнали сексуального насилля

Статеві злочини бувають зазвичай наслідком порушення психосексуального розвитку. Відхилення у статевій (сексуально-рольовій) ідентифікації призводять до різних негативних наслідків. Відчуття відчуженості, неповноцінності та ізоляції може призвести до різних форм поведінки, починаючи зі спроб зробити щось, що допоможе бути прийнятим у суспільстві, усвідомлення марності зусиль в пошуках співчуття і закінчуючи відкритим обуренням чи бунтом, наприклад, у формі згвалтування.

Хоча згвалтування вважається статевим злочином, однак для самого гвалтівника це, швидше, акт агресії, а те, що потерпіла є об'єктом сексуального посягання, відіграє другорядну роль. Вона може бути дівчинкою або літньою жінкою, красивою або непривабливою, будь-якої раси й національності. У згвалтуванні, як правило, відбувається несексуальне використання статевої сили, при цьому вираженість ворожості й агресивності є більш важливою, ніж саме статеве почуття. У несексуальному використанні статевої сили немає нічого незвичайного. Вона може використовуватися для ослаблення тривоги чи емоційної напруги.

Безпорадний стан жертв згвалтування може бути обумовлений не лише психічними або соматичними захворюваннями, алкогольним

сп'янінням, дією наркотиків. Здатність потерпілих правильно розуміти значення дій гвалтівника, чинити йому опір залежить від рівня їхнього психічного розвитку, специфічного життєвого досвіду, обізнаності про суть сексуальних стосунків, психічного стану, особливостей характеру, засвоєних стереотипів поведінки.

Можна виділити декілька найбільш відомих різновидів ситуацій, в яких скоюються зґвалтування дітей і підлітків.

1) зґвалтування неповнолітніх дорослими

2) зґвалтування неповнолітніх неповнолітніми

Зґвалтування неповнолітніх дорослими:

– розбещення неповнолітніх – відбувається, як правило, без грубого фізичного примусу потерпілих. Обвинувачені використовують такі прийоми і дії, як подарунки, умовляння, підвищена турботливість, обіцянки заступництва і т.ін.

Розбещення майже завжди відбувається з особами, добре відомими потерпілим, що мають у них авторитет, нерідко родичами (батько, вітчим, співмешканець матері потерпілої, тренер, сусід та ін.). Між обвинуваченими і потерпілими в більшості випадків існує велика різниця у віці: середній вік обвинувачених – майже сорок років, потерпілими найчастіше є дівчатка молодшого шкільного віку, іноді дошкільниці. Серед потерпілих відносно часто зустрічаються дівчатка з ознаками розумової відсталості або тимчасової затримки в психічному розвитку. Багато потерпілих виховуються в морально несприятливих умовах, відчують брак теплоти і уваги з боку батьків, не мають емоційного контакту з матерями, почувають себе в сім'ї відчуженими.

Незадоволення дівчаток своїм становищем в сім'ї, недостатній для розуміння суті сексуальних стосунків рівень психічного розвитку, навіюваність, потреба в неформальному спілкуванні з дорослою людиною – усе це полегшує обвинуваченому схиляння потерпілої до сексуальних контактів.

«Зваблення» неповнолітніх завжди засноване на використанні їхнього психічно безпорадного стану, неправильного розуміння дитиною суті того, що відбувається.

– напад знайомих дорослих – відрізняється від розбещення тим, що злочинець не робить, як правило, ніяких підготовчих дій. Сексуальні посягання суб'єктивно сприймаються потерпілими як раптові, що істотно ускладнює розуміння характеру і значення вчинків гвалтівника, знижує здатність потерпілої чинити опір.

Жертвами нападів добре відомих потерпілим дорослих (сусід по квартирі, вітчим, батько та ін.) найчастіше бувають дівчатка віком від 11 до 15 років. Місцем злочину, як правило, є квартира або будинок, де живуть і жертва, і гвалтівник. У більшості випадків напад здійснюється в момент, коли в квартирі нікого, крім них, немає. Цим, у першу чергу, визначається безпорадний стан жертви насилля.

Серед тих, хто здійснює подібні напади, переважають особи, які зловживають спиртними напоями, імпульсивні, розгальмовані, такі, що не замислюються про наслідки своїх учинків. Опір потерпілих зрідка буває інтенсивним, оскільки напад здійснюється в умовах, які не дозволяють їй розраховувати на допомогу. Агресор долає опір потерпілої, використовуючи погрози, нерідко фізичне насильство.

Пізніше інтимні стосунки, що виникли між гвалтівником і потерпілою, іноді підтримуються тривалий час. Перебуваючи в моральній або матеріальній залежності від злочинця, потерпілі бояться розголошувати те, що сталося. Багато хто з них виховується в неблагополучних сім'ях і не має підтримки з боку матерів або інших членів сім'ї.

Згвалтування неповнолітніх неповнолітніми:

– напад неповнолітніх – як правило відбувається в безлюдних місцях, часто там, де потерпіла не чекає небезпеки (у під'їзді, кабіні ліфта), що ще більше посилює несподіваність нападу і розгубленість жертви. Як правило, нападник старший за потерпілу і фізично сильніший за неї. Хоча нападам піддаються неповнолітні будь-якого віку від 4–5 до 18 років, найчастіше жертвами раптових нападів стають дівчатка 12–14 років. У половині випадків напад закінчується на стадії спроби згвалтування. Завершенню злочину перешкоджає опір потерпілої або втручання людей.

Активність опору потерпілих була різною, хоча діяли вони в подібних умовах. Жертви, що не чинили за наявних можливостей активної протидії, відрізнялися підвищеною тривожністю, нерішучістю, невпевненістю в собі, емоційною нестійкістю, навіюваністю. У них, як правило, був відсутній досвід поведінки в складних конфліктних ситуаціях. Багато хто з них виховувався в умовах підвищеного контролю з боку батьків, що сприяло формуванню вказаних рис характеру. У багатьох випадках у неповнолітніх виявлялися ознаки дезорганізації діяльності, що виникла через страх.

– розбещення неповнолітніх неповнолітніми зрідка можна вважати згвалтуванням, оскільки опір потерпілих долається не грубим фізичним насильством, реальними погрозами життю або здоров'ю, але за допомогою умовлянь, обіцянок, клятв, шантажу. Обвинувачені не приховують своїх намірів, тому в потерпілих немає потреби розшифровувати істинне значення дій партнерів.

– групові згвалтування неповнолітніх

Напад групи на знайому неповнолітню відбувається майже завжди по заздальгідь наміченому плану. Як жертва нападу групою або її лідером найчастіше вибираються особи віком від 13 до 17 років, що мають серед однолітків репутацію доступних у сексуальному відношенні, які прагнуть до спілкування з однолітками і надмірно дорожать їхньою думкою, слабохарактерні, навіювані, невпевнені в собі. Справді, серед дівчаток-підлітків трапляються особи, для яких належність до групи однолітків складає основну внутрішню цінність. Заради її збереження і зміцнення ці дівчатка готові погодитися на стосунки, неприємні їм морально і фізично. Особливо велика залежність від групи в підлітків із неблагополучних сімей, в яких дитині не приділяють достатньої уваги. Потрапивши в середовище хуліганської групи, де культивуються аморальні форми поведінки, ці підлітки не здатні протистояти груповому впливу. Рівень їхнього психічного розвитку недостатній для протиставлення власних поглядів прийнятим у групі моральним цінностям.

Проте навіть очевидна згода потерпілої на вступ в сексуальні контакти не може бути доказом того, що воно було цілком усвідомленим і довільним.

Приховування статевого контактів, відсутність опору, байдужість до соціальних і біологічних наслідків того, що сталося, невисокий рівень розвитку, особлива залежність від впливу групи в деяких випадках можуть свідчити про зниження здатності неповнолітніх потерпілих повною мірою усвідомлено і довільно діяти в умовах групового примусу. Не завжди доволі активний опір сексуальним домаганням чинять і потерпілі, що ставляться до них різко негативно. Їхня пасивність найчастіше пояснюється невірою у свої сили, цілком обгрунтованою, враховуючи груповий характер злочину, сприйняттям ситуації як безвихідної.

Тільки в дуже окремих випадках дівчата самі виявляють зацікавленість в сексуальних контактах з особами, що напали на них. Зазвичай це свідчить про наявність у жертви нападу специфічної

сексуальної патології або пов'язано з неконтрольованою свідомістю статевим потягом, що спостерігається при деяких психічних захворюваннях.

Згвалтування майже для кожної потерпілої є причиною сильного психічного потрясіння і неминуче відображається в її поведінці і настрої. Як реакція на вимушені сексуальні контакти в багатьох потерпілих спостерігається депресія, відчуття своєї неповноцінності, відчуженість від однолітків, озлобленість проти дорослих, дратівливість, плаксивість, грубість, думки про самогубство, інколи – спроба самогубства. Тривалість реактивного стану може бути різною залежно від індивідуально-психологічних особливостей жертви згвалтування, але його ознаки досить помітні в поведінці до тих пір, поки не станеться адаптація до того, що сталося.

Переважання в потерпілої негативних переживань після скоєння сексуального посягання на неї може служити діагностичною ознакою того, що те, що сталося, суперечило її бажанням, було здійснено проти волі потерпілої.

Інакше поводяться дівчатка-підлітки, які добровільно погоджуються вступити у близькі відносини з дорослими чоловіками. Така ситуація нерідко переживається ними як подія, що ставить їх вище за однолітків, дозволяє компенсувати невдачі в навчанні, відчуженість від батьків, труднощі в спілкуванні з подругами. У подібних випадках у поведінці дівчаток помітні кокетство, жвавність, підкреслена незалежність, спроби наслідувати поведінку дорослих жінок. Страх перед тим, що про те, що сталося, дізнаються в школі або удома, уживається з бажанням повідомити подругам свою таємницю або принаймні натякнути на її існування. Як правило, поступово утворюється коло людей, які якщо і не обізнані, то здогадуються про те, що сталося.

Байдуже ставлення до сексуальних посягань найчастіше свідчить про повне нерозуміння потерпілої значення цих дій.

Складним психологічним завданням є отримання правдивої інформації. Часто потерпіла випробовує вплив або пряму дію на людей, не зацікавлених у встановленні істини. Спостерігається нестійкість внутрішньої позиції багатьох потерпілих, зміна ними свідчень, відмова від того, що говорилося раніше. Потрібно також враховувати, що деякі дівчатка, які добровільно вступали в інтимні відносини, надалі обмовляють своїх партнерів, перебільшуючи міру

агресивності їхніх дій, щоб реабілітувати себе в очах батьків і знайомих.

На зміст свідчень потерпілих може впливати властива майже усім підліткам орієнтація на оцінку їхніх дій і висловлювань дорослими.

Потерпілі, що не чинили за наявних можливостей активної протидії, відрізнялися підвищеною тривожністю, нерішучістю, невпевненістю в собі, емоційною нестійкістю, навіюваністю. У них, як правило, був відсутній досвід поведінки в складних конфліктних ситуаціях. Багато хто з них виховувався в умовах підвищеного контролю з боку батьків, що сприяло формуванню вказаних рис характеру. У багатьох випадках у неповнолітніх виявлялися ознаки дезорганізації діяльності, що виникла внаслідок страху.

У тих випадках, коли потерпіла не чинить активного опору і він легко, без застосування грубих форм фізичного насильства долається, в обвинуваченого може скластися враження, що потерпіла добровільно вступає в інтимні стосунки. Іншими словами, можлива ситуація, коли потерпіла не здатна розуміти характер і значення скоюваних з нею дій або не здатна чинити опір, але обвинувачений не здатний розуміти, що психічний стан потерпілої є причиною її пасивності.

З урахуванням сказаного можна виділити чотири психологічні причини, що викликають зниження в потерпілої здатності свідомо і доволіно діяти в кримінальній ситуації:

- нерозуміння змісту ситуації;
- оцінка ситуації як безвихідної;
- вибір неправильної тактики протидії;
- дезорганізація довольного самоконтролю.

Отже, підставами для розгляду ситуації як згвалтування є суперечлива і непослідовна поведінка потерпілої під час взаємодії із гвалтівником, відсутність адекватної емоційної реакції на те, що сталося, а також нездатність дати правильну оцінку подіям, деякі загальні психологічні особливості потерпілої (низький рівень інтелектуального або особистісного розвитку, наявність в характері таких рис, як несамостійність, боязкість, емоційна нестійкість та ін.), несприятливі умови виховання, особливі стосунки залежності, які пов'язують жертву зі злочинцем, нарешті, просто вік, недостатній для орієнтації в сексуальних стосунках.

Вивчення великої кількості кримінальних справ про згвалтування неповнолітніх показало, що потерпілим, які виявилися не в змозі

повною мірою розуміти характер і значення здійснюваних з ними дій або робити досить інтенсивний опір обвинуваченому, властиві деякі загальні риси.

Причинами недостатнього усвідомлення жертвою характеру і значення здійснюваних з нею дій можуть служити:

1. Психологічні особливості потерпілої: незначний запас відомостей про сексуальні стосунки; відсутність у період, що передував зґвалтуванню, досвіду сексуального спілкування і підвищеного інтересу до цієї сторони життя; фіксація на проблемах спілкування з категорією осіб, до якої належить гвалтівник; низький рівень інтелектуального розвитку.

2. Умови психічного розвитку неповнолітньої: несприятлива сімейна ситуація, емоційне відкидання з боку батьків (в першу чергу матері), труднощі у встановленні контактів з однолітками та ін.

3. Складність ситуації посягання: для дітей дошкільного і молодшого шкільного віку – посягання знайомих дорослих, часто родичів або сусідів; для молодших підлітків – посягання дорослих, що мають високий для потерпілої соціальний статус (тренер, педагог).

Мають значення й інші обставини: скоєння злочину групою добре знайомих однолітків; вживання заходів до маскування своїх намірів, спроби привернути до себе увагу потерпілої.

На недостатньо повне усвідомлення потерпілою характеру та значення дій агресора може вказувати відсутність адекватних емоційних реакцій, пов'язаних з оцінкою того, що сталося і його наслідків (дефлорація, вагітність, розголошення «ганебної» інформації), особи гвалтівника, власної поведінки (відсутність почуття незручності, сорому).

Сприйняттю потерпілою ситуації як безвихідної можуть сприяти: високий рівень конфліктності, динамічність і невизначеність ситуації для потерпілої; наявність у неї таких психологічних властивостей особистості, як підвищена тривожність, нерішучість, невпевненість у собі, емоційна нестійкість, навіюваність, швидка психічна виснажуваність, відсутність досвіду насильницького способу вирішення конфліктів.

Ознаками оцінки потерпілою ситуації як безвихідної зазвичай служать ситуативність поведінки і суперечливість цілей окремих дій (спроби обдурити, погрожувати змінюються повною покірністю, прагненням привернути до себе увагу) при негативному ставленні потерпілої до дій зазіхача; афективні або стресові стани, які

дезорганізують діяльність; перебільшене уявлення про міру соціальної небезпеки, хитрощі, жорстокість гвалтівника.

Афективно обумовлене зниження в потерпілої здатності чинити опір гвалтівникові виражається у відчутті неможливості знайти прийнятний вихід із ситуації, переживанні негативних емоцій (страх, жах, злість, почуття байдужості, безсилля, відчуття ірреальності того, що відбувається та ін.); звуженні поля сприйняття, сповільненості протікання розумових процесів, погіршенні запам'ятовування. Після пережитої ситуації нерідко різко підвищується безладна активність, з'являється прагнення до дії, імпульсивність учинків, безсоння, зосередженість на тому, що сталося.

Звернення клієнтів – жертв згвалтування – можуть бути двох типів, які відрізняються за часом від моменту того, що сталось:

- а) безпосередньо після згвалтування;
- б) через певний проміжок часу.

Працюючи з клієнтом, який став жертвою сексуального насилля, не варто розслідувати обставини того, що сталося. Потрібно перш за все заохотити співрозмовника до розповіді про його відчуття і почуття. Накопичені емоційні переживання і напруження чекають виходу, і консультант повинен представити таку можливість. Особливим предметом розмови є самозвинувачення, винуватість у тому, що не чинилося достатнього опору агресору. Слід обов'язково переконати жертву, що вона діяла правильно і відповідно до обставин, які склалися, доказом цього є те, що вона жива і неушкоджена.

Після реагування на накопичену емоційну напругу слід перейти до відновлення особистісного контролю. Це основна мета консультанта. Для цього, і це важливо знати клієнтові, має пройти визначений, іноді тривалий час – тижні, місяці, а для деяких – навіть роки. Не слід фіксувати на деталях сексуального нападу, а після дозволу приступити до перших спроб повернення рольової ідентичності. У свідомості жінки чоловік виступає як захисник, а у випадку згвалтування цей образ повністю втрачений або викривлений. Тривалі порушення сексуально-рольової ідентичності породжують відчуття повної беззахисності, перш за все перед тими, в кого зазвичай шукають захисту.

Якщо клієнт звернувся безпосередньо після скоєного сексуального нападу, то йому слід рекомендувати звернутися в правоохоронні органи і якомога швидше пройти медичне обстеження.

Якщо клієнт розповідає про зґвалтування, яке трапилося в минулому, слід вжити заходів активного вислуховування і роботи з людиною, яка знаходиться в кризовому стані. Обов'язково треба дослідити, обговорити і визначитися з почуттями клієнта. Особливої обережності слід дотримуватися в тому, яким чином ставити запитання. Не треба намагатися «розвеселити» клієнта, намагаючись відволікти його від проблеми. Почуття, які збереглися після зґвалтування, можуть бути доволі тривалими і болісними. Тому повага та емоційна підтримка консультанта можуть виявитися цілющими.

У розмові з дитиною або підлітком, що став жертвою сексуального насилля, консультант зустрічається з такими емоційними переживаннями як страх, потайливість, замкнутість, труднощі в зосередженні уваги, різкі зміни настрою, депресивні розлади. Жертва насилля може відчувати неприємні відчуття в тілі (наприклад часті болі в горлі), порушення сну і скаржитись на нічні кошмари. Людина може вирізнитися нав'язливим прагненням до чистоти, а з захисною метою носити багато шарів одягу. У ставленні до оточення, перш за все авторитетних осіб, насамперед, до батьків, висловлюється недовірливість і підозрлість. Часто в поведінці співрозмовників консультант помічає саморуйнівальні вчинки (нанесення самопошкоджень, зловживання алкоголем чи наркотиками, суїцидальні тенденції, передозування ліками і т. ін.).

Основні лінії консультування повинні полягати перш за все у відновленні самоконтролю над поведінкою клієнта, будь-яку спробу взяти контроль у свої руки потрібно почути і підтримати. Далі консультантові слід працювати над відновленням самоповаги, яка в результаті насилля підірвана і викривлена в бік самозвинувачення і надмірних докорів сумління. Дуже важливо відновити довіру, яку в результаті того, що сталося, було грубо зраджено чи зруйновано. Часто йдеться не лише про реконструкцію довіри до конкретних людей, але і загалом до світу. Крім того, дуже важливим є делікатне консультативне пропрацювання сфери сексуальних, інтимних стосунків, які після насилля втрачають індивідуальний і соціальний розвиток.

Цілі консультування:

- бути союзником жертви;
- формувати її самоповагу;

- допомогти жертві організувати свою поведінку (інформація про міліцію, суд, медичні процедури);
- допомогти у визначенні основних проблем;
- сприяти мобілізації власної системи підтримки;
- допомогти усвідомити серйозність того, що сталося;
- сприяти усвідомленню потреби затратити час на одужання;
- виявити й зміцнити її сильні та життєздатні сторони.

Принципи допомоги жертвам зґвалтування:

1. Повага:

- довіра, яка надана Вам;
- конфіденційність;
- урахування особливостей статі і культурного середовища жертви.

2. Підтвердження:

- висловлення клієнта про те, що йому потрібно висловити свої почуття;
- того, що жертва залишилася живою і має достатньо сил як особистість;
- природності й адекватності її почуттів;
- позитивне пояснення її психологічного захисту.

3. Переконавання:

- у тому, що вона не винна;
- що вона зможе подолати свої переживання, страхи й нічні кошмари, які є частиною «роботи» гострого горя;
- у тому, що нинішній стан пройде, якщо з'явиться надія;
- у тому, що для подолання вона має необхідні сили і ресурси;
- у тому, що їй самій треба визначати, що, коли і кому можна розповідати про те, що сталося.

4. Надайте максимальні можливості:

- по можливості, збережіть за нею ініціативу в процесі консультування;
- надайте їй всю потрібну інформацію, не примушуючи брати відповідальність за те, що сталося;
- не стверджуйте, що їй потрібне лікування;
- не проявляйте інтересу до деталей події, якщо вони не потрібні в терапевтичних цілях.

4.1. Методи дослідження в клінічній психології

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

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

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

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

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

Один і той же психічний дефект виявляється при дослідженні різноманітних прояві психічної діяльності обстежуваного, наприклад, підвищена виснаженість визначається при дослідженні за допомогою таблиць Шульте, рахунку за Крепеліном, в коректурній пробі, при утворенні аналогій тощо.

Отже, із сказаного випливає два принципи підбору експериментально-психологічних методик. Це, по-перше, поєднання методик, які дозволять більш повно і всебічно досліджувати будь-які прояви психічної діяльності. По-друге, поєднання близьких за направленістю методик дозволяє судити про достовірність та надійність отриманих результатів. Дані, що одержуються в клініко-психологічному обстеженні з допомогою однієї методики, завжди необхідно підтвердити результатами інших методик.

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

Метод анамнезу.

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

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

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

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

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

Сфера сімейних стосунків також може змінюватись під дією хвороби, якщо захворювання відбивається на статусі хворого. Як правило, гармонійну сім'ю важка хвороба одного з її членів згуртовує, негармонійну – штовхає до розладу.

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

Психологічний анамнез життя.

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

Методи збору психологічного анамнезу.

Можна використовувати різні методи збору психологічного анамнезу.

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

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

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

2. *Формалізована карта-схема, яка вручається хворому з проханням самостійно заповнити всі графи, де даються готові відповіді на вибір, а іноді пропонується додати щось за власним бажанням.* Перевага цього методу – доступність подальшої формалізованої обробки і економія робочого часу дослідника. Недолік – відсутність безпосереднього контакту з хворим, внаслідок чого знижується якість і точність відповідей, і, головне, неможливим є спостереження за тим, яку реакцію у хворого викликають різні питання. Як правило, даний метод використовують при необхідності швидко обстежити значну кількість хворих.

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

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

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

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

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

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

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

Метод спостереження. Метод спостереження за поведінкою хворого є досить давнім методом психологічного дослідження, який

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

R. Cattell виокремив основні правила, яких слід дотримуватись під час психологічного спостереження:

– спостереження повинне бути максимально тривалим, щоб була змога побачити хворого у тих ситуаціях, де можуть розкритись особливості його психічного стану і риси особистості.

До цих ситуацій належать:

- 1) огляд хворого спеціалістами, від заключення яких залежить його доля;
- 2) підготовка і проведення болючих чи відповідальних процедур;
- 3) у стаціонарних хворих – побачення з рідними та близькими;
- 4) обстановка спілкування з іншими хворими, особливо з тими, хто хворіє на таке ж чи подібне захворювання;
- 5) моменти, коли хворий визнає чи стає безпосереднім свідком несприятливого прогнозу у інших хворих на аналогічне захворювання;

– спостереження вимагає особливої об'єктивності з боку самого спостерігача;

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

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

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

4.2. Психодіагностика пізнавальних процесів

Діагностика порушень уваги

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

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

Таблиці Шульте

1.

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

2.

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

3.

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

4.

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

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

Увага концентрується достатньо – у випадку, якщо на кожному з таблиць Шульте досліджуваній затрачає час, що відповідає нормативному.

Увага концентрується недостатньо – у випадку, якщо на кожному з таблиць Шульте досліджуваній затрачає час, що перевищує нормативний.

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

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

Увага, що виснажується – у випадку, якщо відзначається тенденція до збільшення часу, затрачуваного досліджуваним на кожному наступну таблицю.

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

Обстежуваному дають бланк таблиці Крепеліна (*Додаток В*).

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

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

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

Методика дозволяє отримати коефіцієнт працездатності (Коефіцієнт працездатності). Коефіцієнт працездатності = $S2 \setminus S1$, де $S2$ – сума правильно виконаних додавань останніх 4-х рядків. Якщо

відношення між ними наближається до одиниці, то це означає, що втомлюваності майже немає.

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

- *при органічних захворюваннях головного мозку* (травми, судинні захворювання, запальні процеси, пухлини) – невисока продуктивність, виснаженість уваги, зниження працездатності при невеликих навантаженнях, наявність помилок;

- *при неврозах* виконання має нерівномірний, пікоподібний характер, помилок допускається мало, продуктивність може бути достатньою (тобто наближатись до норми), але з тенденцією до виснаження. Про виснаження і зниження працездатності свідчать нерівномірний темп виконання, але тенденція до виснаження не так різко виражена, як у хворих органічними захворюваннями мозку;

- *при шизофренії з апато-абулічним синдромом* хворі показують вкрай низьку працездатність (2-4 додавання у кожному рядку). Можлива наявність помилок без тенденції до виснаження. При виконанні даної методики хворі цієї групи потребують спонукання, так як ніякого інтересу до роботи не виявляють.

При проведенні **коректурної проби** (Додаток Д) використовуються спеціальні бланки, на яких приведений ряд букв, розташованих у випадковому порядку. Інструкція передбачає закреслювання досліджуваним однієї чи двох букв на вибір дослідника. При цьому через кожні 30 чи 60 секунд він робить оцінки в тому місці таблиці, де в цей час знаходиться олівець досліджуваного, а також реєструє час, витрачений на виконання всього завдання.

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

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

Методика Мюнстерберга

*Бсолнцевтргоцрайоншигучновостьъхъгчяфактъуэкзаментрочагц
щцкпрокуроргурстабеютеорияентоджеубъамхоккейтруицѳцуигах
елевизорболджцэхюэлгцбпамятьшогхеюжпждрегцхнздвосприятие*

*йцукенгишизхъвафыпролдблюбовъавыфрплосдспектаклььячсимтьбюн
бюерадоствьуфциеждлоррпнародилдждьхэшицгиернкуыфйшрепортаж
ждорлафывюефбьконкурсифныувскапрличностьзжэьеюдишцгложин
эпрлаваниедтгокэзбытрдишцжснпркывкомедияшлдкуивотчаяниешрлнь
ячвтджэхафтасенлабораториягидициптукруцтричтлроснованиязхфьб
щдэркентаопрукгвсмтпрсихиатрияблмочьйфясмтицзаяцэьлкгитэхтм*

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

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

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

Діагностика порушень пам'яті

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

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

Протокол заняття

Прізвище, ім'я, побатькові

Дата _____ Вік _____

Дослідження пам'яті за допомогою методики заучування слів

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

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

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

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

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

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

Метод піктограм

Методика «*Піктограми*» запропонована Л. Виготським і служить одним із методів діагностики опосередкованого запам'ятовування.

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

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

Хворого попереджують, що якість малюнка ролі не грає.

Інструкція: запам'ятайте дані слова. Для полегшення запам'ятовування робіть на папері замальовки до кожного слова, але писати чи позначати його буквами не можна. Дозволяється намалювати який-небудь малюнок, що нагадав би назване слово.

Наприклад:

	Слова конкретної серії	Слова абстрактної серії
1	Теплий вечір	Дружба
2	Смачний обід	Ворожнеча
3	Багатство	Голодна дитина
4	Справедливість	Хвора жінка

5	Мрія	Сміливий вчинок
6	Страх	Розум
7	Темна ніч	Беззубий дід
8	Очікування	Нудьга
9	Космос	Щастя
10	Надія	Любов
11	Сила	Сумнів
12	Снігова буря	Перемога

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

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

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

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

Для астеничних станів різного генеза (частіше соматичного) типовими виявляються явища виснажування і ослаблення здатності до запам'ятовування до кінця дослідження. При олігофренії спостерігається рівномірне зниження безпосередньої й оперативної пам'яті. При деменції в літньому віці, як правило, порушується механічна й асоціативна пам'ять, різко виражені розлади запам'ятовування. Для шизофренії мнестичні порушення не типові. Гіпермнезії типові для маніакальних станів.

Діагностика порушень сприйняття

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

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

Діагностика порушень мислення

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

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

Методика класифікації понять містить у собі пропозицію досліджуваному класифікувати картки з зображенням тварин, рослин

і предметів. Пропонується розкласти картки на групи так, щоб вони містили однорідні предмети і могли бути названі узагальнюючим словом. Далі в випадку необхідності пропонується збільшити групи.

Оцінюється:

1) число етапів, витрачених на остаточну класифікацію предметів (повинно вийти три групи – тварини, квіти, неживі предмети);

2) принципи класифікації.

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

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

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

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

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

Для оцінки здатності розмежовувати різнорідні поняття використовується **методика виключення понять** (Додаток Е). Досліджуваному пропонується з чотирьох предметів чи з п'яти слів виключити один предмет чи слово, що не підходять до інших, схожим родовим поняттям. Аналіз методики подібний до методики класифікації понять.

Стимульний матеріал до методики виключення понять

Старезний, старий, зношений, маленький, вітхий.

Сміливий, хоробрий, відважний, злий, рішучий.

Василь, Федір, Семен, Іванов, Порфирій.

Молоко, вершки, сир, сало, сметана.

Незабаром, швидко, поспішно, поступово, квапливо.

Глибокий, високий, світлий, низький, дрібний.

Лист, брунька, кора, дерево, сучок.

Будинок, сарай, хата, хатина, будинок.

*Береза, сосна, дерево, дуб, ялина.
Темний, світлий, блакитний, ясний, тьмянний.
Гніздо, нора, мурашник, курятник, барліг.
Невдача, крах, провал, поразка, хвилювання.
Молоток, цвях, кліщі, сокира, долото.
Хвилина, секунда, година, вечір, доба.
Грабіж, крадіжка, землетрус, підпал, напад.
Успіх, перемога, удача, спокій, виграш.*

Методика виділення істотних ознак дозволяє судити про якість розуміння досліджуванним головних і другорядних ознак предметів і явищ. Процедура її полягає в відборі досліджуванним двох слів (ознак) предмета чи явища, розташованих у дужці, що стосуються поняття, розташованого за дужками (Додаток З).

Стимульний матеріал до методики виділення істотних ознак,

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

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

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

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

Обробка результатів.

I. Для часу вирішення всіх задач розрахувати середнє-арифметичну величину (M), середньо-квадратичне відхилення (Q), помилку середнього (Qm).

II. Побудувати діаграму, для чого на осі абсцис вказати порядкові номери лабіринтів, а на осі ординат – час вирішення кожної задачі, розробити нормативні бали.

Протокол дослідження.

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

Ключ методики «Словесний лабіринт»

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

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

Асоціативний експеримент

хліб _____

лампа _____

спів _____

колесо _____

краса _____

війна _____

повітря _____
розвиток _____
дзвінок _____
печера _____
нескінченність _____
місяць _____
брат _____
лікування _____
сокира _____
падіння _____
обман _____
голова _____
сумнів _____
гра _____
ціль _____
глибина _____
народ _____
трава _____
сварка _____
жорстокість _____
метелик _____
пошук _____
сум _____
совість _____

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

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

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

Став дід дуже старий. Ноги в нього не..., ока не.... вуха не..., зубів не стало. І коли він їв, у нього текло із.... Син і невістка перестали його

за... саджати і давали йому... за грубкою. Знесли йому раз обідати в..., він хотів підсунути, так упустив на..., чашка і.... Стали тоді... сварити старого за те, що він їм все в... псує і... б'є.

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

Є різні погляди на цінність життя. Одні рахують її благом, інші – злом. Вірніше було б дотримуватися середини, тому що, з одного боку, життя приносить нам менше щастя, ніж ми бажали б самі для себе, з іншого боку, – нещастя, що нам даються, завжди менші від того нещастя, якого нам бажують в душі інші люди. Якраз ця рівновага і робить життя терпним, точніше, до певної міри справедливим.

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

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

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

У цьому проективному тесті оцінюється: 1) техніка виконання малюнка (величина, завершеність, їхнє обрамлення, підкреслення, наявність уточнюючих ліній, відмінності і подібності малюнків, що

відносяться до різних понять); 2) розташування малюнків на листі; 3) принцип, покладений в основу асоціативного ряду для запам'ятовування; 4) ступінь оригінальності чи стандартності.

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

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

Переважа атрибутивних образів – у випадках, коли при зображенні заданих понять використовується принцип приналежності до чогонебудь, тобто домінують малюнки, що відбивають ті предмети чи явища, що є невід'ємною частиною заданого поняття (наприклад, зображення ваги, що асоціюється з «важкою роботою»).

Переважа конкретних образів – у випадках, коли малюнки містять предмети чи явища, безпосередньо зв'язані із ситуацією (наприклад, людина, що лежить у постелі, при зображенні поняття «хвороба»).

Переважа метафор – у випадках, коли при зображенні заданого поняття використовуються конкретні образи, прямо з ним не зв'язані і використовують абстрагування (наприклад, хмара, що закриває сонце при зображенні «хвороби»).

Переважа персоніфікованих і індивідуально значимих образів – у випадках, коли при зображенні заданих понять використовуються індивідуально-значимі образи.

Діагностика розладів емоцій

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

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

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

Діагностика порушень інтелекту

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

матрицю, якої не вистачає для повного зображення. Від серії до серії завдання ускладнюються.

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

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

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

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

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

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

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

4.3. Діагностика особистості хворого

Дослідження індивідуально-психологічних особливостей.

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

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

Опитувальник використовується як для індивідуальних, так і для групових обстежень.

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

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

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

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

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

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

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

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

Шоста шкала (афективної ригідності/параної) реєструє такі якості, як застрягання на негативних переживаннях, уразливість, схильність до прямої в спілкуванні, практичність, догматизм.

Зашкалення за 70 Т може бути підозрілим у відношенні формування в людини зверхцінних чи маревних ідей з почуттям власного ущемлення, ворожості з боку навколишніх.

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

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

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

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

Як і всі інші особистісні опитувальники, ММРІ не дає нозологічно-діагностичної оцінки. Профіль особистості, отриманий при дослідженні з допомогою цієї методики, характеризує лише особливості особистості в момент обстеження.

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

Опитувальники для скринінгу неврозів.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Досліджуваному (або групі досліджуваних) дається завдання послідовно, згідно нумерації, розглядати кожену картинку, при цьому постаратися дати волю фантазії і скласти по кожній з них невелику розповідь, в якій будуть відображені відповіді на наступні питання:

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

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

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

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

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

Якщо картинка 3 частіше провокує виявлення конфлікту в сфері особистісних, інтимних відносин, то картинка 4 може розглядатися як аналогічна ситуація одними, і як службовий конфлікт іншими, оскільки в першому випадку фігурує ослін (символ поетичних зустрічей), а в другому – стілець. На цих картинках також

проявляються сюжети з висвітленням проблеми самотності, покинутості, фрустрованої афіліативної потреби, незрозумілості і неприйняття в колективі.

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

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

Картинка 8 виявляє проблему відторгнення індивіда об'єктом афіліативної прив'язаності або втечі від набридливого переслідування особистості, що відторгається. Ознакою ідентифікації себе з тим чи іншим героєм розповіді є тенденція приписувати сюжетно розроблені переживання і думки саме тому персонажу, який в розповіді належить до ідентичної з досліджуваним статі. Цікаво відмітити, що з однаковою переконаністю один і той же малюнковий образ розпізнається одним досліджуваним як чоловік, іншим – як жінка, при цьому у кожного є повна впевненість, що це не може викликати ніяких сумнівів.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

За допомогою методики «Незакінчених речень», запропонованої Коржовою О., можна виявити конкретний зміст надій і тривог, пов'язаних з майбутнім. Як правило, здорові часто дають формально-умовні відповіді, що не відображають особистісних відношень. Хворі

іноді відмовляються закінчувати окремі фрази, затримуються з відповіддю, також спостерігаються міміко-вегетативні реакції, пов'язані з високою значущістю змісту фраз, які торкаються актуальних для хворих переживань.

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

Орієнтовний перелік «Незакінчених речень», що характеризують майбутнє.

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

Майбутнє здається мені _____

Скоро я почну _____

Моя мрія _____

Щоб бути щасливим _____

Я був (була) би щасливим(ою), як би вдалось _____

Я ніколи не мрію _____

Хотілось би через 20 років _____

Мої плани _____

Якби я був (була) сьогодні трохи старшим _____

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

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

Малюнок є прекрасною методикою оцінки психофізичного стану пацієнта і шансом для вираження його проблем і конфліктів.

Особистість з сильним захисним характером здебільшого відображає відсутність спонтанності в малюнках. Депресію пов'язують з такими рисами малюнка, як уникання кольорів, багато пустого простору, різноманітні обмеження, дезорганізація, незавершеність, відсутність смислу і виконання при найменшій затраті зусиль. Роботи хворих на шизофренію привертають увагу релігійним змістом, а їх параноя проявляється часто в малюванні очей, вікон і телевізорів.

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

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

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

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

При інтерпретації малюнків клініцисту слід звертати увагу на використання кольорів, якщо вони складають елемент малюнка. Наприклад, надмірне використання червоного кольору часто пов'язане з агресією. Систематичне використання переважно темних кольорів вважається ознакою депресії. Надмірна кількість різних строкатих кольорів свідчить про маніакальні тенденції. Якщо ж на малюнках з'являються світлі ледь помітні тони, існує вірогідність того, що їх автор намагається приховати свої істинні почуття.

Малюнок цінний також тим, що ініціюється і контролюється самим пацієнтом, чим зміцнює його еґо. Завершена робота над

малюнком, як і сам процес, дає клієнтам почуття розвитку і досягнення мети, являючись умовою особистого задоволення і переконання у власній значущості.

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

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

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

Цей метод особливо корисний для діагноста, який цікавиться силою *его* пацієнта. Застосування цієї процедури разом з іншими тестами дозволяє консультантові відповісти на такі питання: «Яким чином обстежуваний відреагує на ситуацію стресу?», «Які власні ресурси він має, щоб функціонувати в середовищі, яке викликає неспокій?», «Чи може обстежуваний успішно планувати свою поведінку в ситуаціях, що викликають неспокій?» і «Які види захисту (наприклад, заперечення, уникнення) він використовує у складних для нього ситуаціях?».

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

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

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

У малюнку «Людина під дощем», у порівнянні з малюнком «Людина», як правило, виявляються суттєві відмінності в інтерпретації.

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

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

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

У всьому іншому при інтерпретації слід опиратися на методику «Малюнок людини» (Jolles, 1971).

Наприклад, зображення, зміщене вліво, можливо, пов'язано з наявністю імпульсивності в поведінці, орієнтацією на минуле, із залежністю від матері. Зображення, зміщене вправо, вказує на наявність орієнтації на оточення і, можливо, залежність від батька.

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

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

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

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

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

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

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

Калюжі, багнюка символічно відображають наслідки тривожної ситуації, ті переживання, які залишаються після «дощу». Необхідно звернути увагу на манеру відображення калюж (форму, глибину, бризки). Важливо відмітити, як розміщені калюжі відносно фігури людини (знаходяться вони перед чи за фігурою, навколо людини чи вона стоїть в калюжі).

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

Більш повна розшифровка деталей ґрунтується на символічному значенні представлених образів.

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

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

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

Відсутність суттєвих деталей може вказувати на область конфлікту і бути наслідком витіснення як захисного механізму

психіки. Так, наприклад, відсутність парасольки в малюнку може свідчити про відмову у підтримці з боку батьків у важкій ситуації.

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

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

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

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

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

Корисною в роботі психолога модифікацією малюнка сім'ї є **«Кінетичний малюнок сім'ї»** (Burns u Kaufman, 1970). Але якщо при виконанні тесту «Намалюй сім'ю» дається інструкція «Намалюй портрет всієї твоєї сім'ї», то при виконанні «Кінетичного малюнка сім'ї» до інструкції додається рекомендація: «Зробіть дещо (деяку дію) разом». В цій реакції психолог відмічає, що обстежуваний повинен врахувати себе, до того ж «кінетичний» варіант застосовується здебільшого лише тоді, коли пацієнт вже виконав перший сімейний малюнок.

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

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

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

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

Так, незадоволеність значущих потреб, неможливість реалізувати домінуючі прагнення викликають фрустрацію, роздратування, негативні емоції, спрямовані на запобігання або подолання перешкод. У свою чергу, задоволеність мотиву, позитивні очікування викликають у людини зацікавлення, радість, здивування, тобто позитивні емоції.

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

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

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

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

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

Бланк відповідей

Прізвище, ініціали _____
 Дата _____

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

Результат тесту Люшера (розкладання кольорів)

Позиція	1	2	3	4	5	6	7	8

Список понять-стимулів краще складати за результатами індивідуальної бесіди з досліджуваним відповідно до мети дослідження.

Кольорова асоціативна розкладка.

Перед досліджуваним розкладаються кольори Люшера у випадковому порядку і дається така інструкція: «Вам потрібно підібрати до кожного з понять (поняття послідовно пред'являються психологом) кольори, але не за випадковими ознаками, а за власними відчуттями того, з яким кольором у Вас особисто асоціюється дане поняття. Вибрані кольори можуть повторюватись».

Психолог навпроти кожного поняття записує номер кольору, що вибрав обстежуваний, виходячи з такого кодування кольорів : синій – 1; зелений – 2; червоний – 3; жовтий – 4; фіолетовий – 5; коричневий – 6; чорний – 7; сірий – 0.

КТВ має два варіанти проведення, які відрізняються за способом отримання кольорових асоціацій. У скороченому варіанті досліджуваному необхідно підібрати до кожного поняття тільки один колір з восьми. У повному варіанті всі вісім кольорів рангуються від найбільш підхожого до найменш підхожого відносно кожного поняття.

Приклад бланку відповідей за повним варіантом:

Поняття									
Я									
Моє майбутнє									
Моє здоров'я									
Лікарі									

Досліджуваному пропонується розкласти кольори Люшера від «найбільш приємного, підходящого» до «найменш приємного, не-підходящого». Психолог фіксує розкладки кольорів за вищевказаним кодуванням.

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

В короткому варіанті КТВ валентність (відповідність) вимірюється рангом кольору, з яким асоціюється певне поняття в індивідуальному розкладанні кольорів в порядку переважності і може змінюватись від 1 до 8. У повному варіанті тесту – коефіцієнт рангової кореляції Спірмена між асоціативним рангуванням кольорів в порядку відповідності даного поняття та індивідуальним розкладанням кольорів в порядку переважності може змінюватись від – 1,0 до 1,0.

Дослідження самооцінки

В методиці Дембо-Рубінштейна обстежуваному надається можливість визначити свій стан за запропіннованими шкалами з урахуванням низки нюансів, що відображають ступінь вираженості тієї чи іншої особистісної властивості.

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

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

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

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

У психічно хворих відмічається тенденція відносити ризики відміток до полюсів ліній. Важливу роль відіграє ставлення і виявлення неадекватності самооцінки у порівнянні з даною об'єктивною оцінкою обстежуваному його близькими та друзями. Неадекватність і некритичність самооцінки є характерною для вираженого шизофренічного дефекту і при деяких варіантах слабоумкуватості.

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

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

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

Для вивчення впливу захворювання і пов'язаних з ним факторів на зміну сприйняття свого здоров'я пропонується *шкала оцінки загального стану здоров'я*, запропонована Дж. Мелландом і

О. Хевіком. Обстежуваним необхідно оцінити стан свого здоров'я в минулому, теперішньому і майбутньому, за 9-ти бальною шкалою: від 1-го бала («дуже поганий стан здоров'я») до 9-ти балів («дуже хороший стан здоров'я»).

Тест смисложиттєвих орієнтацій (ТСО) є адаптованою версією тесту «Ціль у житті» (Purpose-in-Life Test, PIL) Джеймса Крамбо і Леонарда Махолика. Методика була розроблена авторами на основі теорії прагнення до змісту і логотерапії Віктора Франкла (Франкл, 1990) і переслідувала ціль емпіричної валідизації ряду представлень з цієї теорії, зокрема, представлень про екзистенціальний вакуум і ноогенні неврози. Суть цих уявлень полягає в тому, що невдача в пошуку людиною змісту свого життя (екзистенціальна фрустрація) і відчуття втрати, що впливає з її змісту (екзистенціальний вакуум) є причиною особливого класу щиросердечних захворювань – ноогенних неврозів, що відрізняються від раніше описаних видів неврозів. Спочатку автори прагнули показати, а) що методика вимірює саме ступінь «екзистенціального вакууму» у термінах Франкла; б) що останнє характерно для психічно хворих і в) що він не тотожний просто психічній патології (Crambaugh, Mahotick, 1964,). «Ціль у житті», що діагностує методика, автори визначають як переживання індивідом онтологічної значимості життя.

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

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

Поряд з описаною вище формалізованою частиною А тест Крамбо і Махолика містить також частини В і С. Частина В складається з 13 незакінчених пропозицій, що торкаються теми змісту і безглуздості життя, а в частині С обстежуваному пропонується викласти коротко, але конкретно, його устремління і цілі в житті, а також розповісти, наскільки успішно ці устремління і цілі

реалізуються. Автори тесту підкреслюють, що частини В і С не потрібні для більшості досліджень, однак дуже корисні при індивідуальній роботі в клініці за умови, що їх оцінює психіатр, клінічний чи консультуючий психолог (Crumbaugh, Maholick, 1981).

Інструкція: «Вам будуть запропоновані пари протилежних тверджень. Ваша задача – вибрати одне з двох тверджень, що, на Вашу думку, більше відповідає дійсності, і відзначити одну з цифр 1, 2, 3, у залежності від того, наскільки Ви впевнені у виборі (чи 0, якщо обоє твердження на Ваш погляд однаково вірні)».

1. Зазвичай мені дуже нудно	3 2 1 0 1 2 3	Зазвичай я повний енергій
2. Життя здається мені завжди хвилюючим і захоплюючим	3 2 1 0 1 2 3	Життя здається мені зовсім спокійним і рутинним
3. У житті я не маю визначених цілей і намірів	3 2 1 0 1 2 3	У житті я маю дуже ясні цілі і наміри
4. Моє життя представляється мені вкрай безглуздим і безцільним	3 2 1 0 1 2 3	Моє життя представляється мені цілком осмисленим і цілеспрямованим
5. Щодень здається мені завжди новим і несхожим на інші	3 2 1 0 1 2 3	Щодень здається мені цілком схожим на всі інші
6. Коли я піду на пенсію, я займуся цікавими речами, якими завжди мріяв зайнятися	3 2 1 0 1 2 3	Коли я піду на пенсію, я постараюся не обтяжувати себе ніякими турботами
7. Моє життя склалося саме так, як я мріяв	3 2 1 0 1 2 3	Моє життя склалося зовсім не так, як я мріяв
8. Я не домогся успіхів у здійсненні своїх життєвих планів	3 2 1 0 1 2 3	Я здійснив багато чого з того, що було мною заплановане в житті

9. Моє життя порожнє і нецікаве	3 2 1 0 1 2 3	Моє життя наповнене цікавими справами
10. Якби мені довелося підводити сьогодні підсумок мого життя, то я б сказав, що вона була цілком осмисленим	3 2 1 0 1 2 3	Якби мені довелося сьогодні підбивати підсумок мого життя, то я б сказав, що воно не мало змісту
11. Якби я міг вибирати, то я б побудував своє життя зовсім інакше	3 2 1 0 1 2 3	Якби я міг вибирати, то я б прожив життя ще раз так само, як живу зараз
12. Коли я дивлюся на навколишній світ, він часто приводить мене в розгубленість і занепокоєння	3 2 1 0 1 2 3	Коли я дивлюся на навколишній світ, він зовсім не викликає у мене занепокоєння і розгубленості
13. Я людина дуже обов'язкова	3 2 1 0 1 2 3	Я людина зовсім не обов'язкова
14. Я думаю, що людина має можливість здійснити свій життєвий вибір за своїм бажанням	3 2 1 0 1 2 3	Я думаю, що людина позбавлена можливості вибирати через вплив природних здібностей і обставин
15. Я можу назвати себе цілеспрямованою людиною	3 2 1 0 1 2 3	Я не можу назвати себе цілеспрямованою людиною
16. У житті я ще не знайшов свого покликання і ясних цілей	3 2 1 0 1 2 3	У житті я знайшов своє покликання до мети
17. Мої життєві погляди ще не визначилися	3 2 1 0 1 2 3	Мої життєві погляди цілком визначилися

18. Я вважаю, що мені вдалося знайти покликання і цікаві цілі в житті	3 2 1 0 1 2 3	Я навряд чи здатний знайти покликання і цікаві цілі в житті
19. Моє життя в моїх руках, і я сам керую ним	3 2 1 0 1 2 3	Моє життя не підвладне мені і воно керується зовнішніми подіями
20. Мої повсякденні справи приносять мені задоволення	3 2 1 0 1 2 3	Мої повсякденні справи приносять мені суцільні неприємності та переживання

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

У висхідну шкалу 1 2 3 4 5 6 7 переводяться пункти 1, 3, 4, 8, 9, 11, 12, 16, 17.

У спадну шкалу 7 6 5 4 3 2 1 переводяться пункти 2, 5, 6, 7, 10, 13, 14, 15, 18, 19, 20. От приклад перекладу відповідей на перші п'ять пунктів тесту оцінки по асиметричних шкалах:

1. 3 2 1 0 1 2 3 –>3

2. 3 2 1 0 1 2 3 –>1

3. 3 2 1 0 1 2 3 –>4

4. 3 2 1 0 1 2 3 –>5

5. 3 2 1 0 1 2 3 –>2

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

Загальний показник ОЖ – усі 20 пунктів тесту;

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

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

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

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

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

Норми, необхідні для оцінки результатів, приведені в таблиці 1.
Таблиця 1. Середні і стандартні відхилення субшкал і загального показника ОЖ N

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

Інтерпретація субшкал:

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

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

3. *Результативність життя чи задоволеність самореалізацією.* Бали до цієї шкали відбивають оцінку пройденого відрізка життя, відчуття того, наскільки продуктивною і осмисленою була прожита її частина. Високі бали за цією шкалою і низькі за іншими будуть характеризувати людину, що доживає своє життя, у якого усе в

минулому, але минуле здатне додати зміст залишку життя. Низькі бали - незадоволеність прожитою частиною життя.

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

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

Методика «Геріатрична шкала оцінки депресії». Дана методика використовується клінічним психологом для визначення наявності депресивного стану у хворих лікарень та пацієнтів геріатричного будинку.

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

Прізвище, ім'я, по-батькові _____

Вік _____

Дата проведення _____

Інструкція: «Оцініть своє самопочуття на протязі двох останніх тижнів».

- | | | |
|---|---|---|
| 1. Думуючи про своє життя, чи задоволені Ви? | T | H |
| 2. Чи змінився об'єм активності і зацікавленості? | T | H |
| 3. Чи не думаєте Ви, що життя пусте? | T | H |
| 4. Чи часто Ви відчуваєте апатію? | T | H |
| 5. Чи думаєте з надією про майбутнє? | T | H |
| 6. Чи турбують Вас нав'язливі думки, яких Ви не можете позбутись? | T | H |
| 7. Чи переважає у Вас здебільшого добрий настрій? | T | H |
| 8. Чи не турбує Вас страх, що вам можуть заподіяти зло? | T | H |
| 9. Чи часто Ви відчуваєте себе щасливою людиною? | T | H |
| 10. Чи часто Ви відчуваєте безпорадність? | T | H |
| 11. Чи часто Вас турбує неспокій? | T | H |
| 12. Чи не боїтесь Ви виходити з дому ввечері? | T | H |
| 13. Чи часто Вас турбують думки про майбутнє? | T | H |
| 14. Чи є у Вас проблеми з пам'яттю більше, ніж у інших людей? | T | H |

15. Чи вважаєте Ви, що життя є чудовим?	Т	Н
16. Чи часто відчуваєте пригніченість і смуток?	Т	Н
17. Чи відчуваєте себе гіршою людиною, ніж інші?	Т	Н
18. Чи турбують Вас думки про події в минулому?	Т	Н
19. Чи вважаєте Ви, що життя цікаве?	Т	Н
20. Чи важко Вам реалізувати нові плани?	Т	Н
21. Чи відчуваєте Ви себе людиною, сповненою енергії?	Т	Н
22. Чи вважаєте Ви, що ситуація безперспективна?	Т	Н
23. Чи думаєте, що є кращі люди за Вас?	Т	Н
24. Чи дрібниці можуть вивести Вас із рівноваги?	Т	Н
25. Чи часто хочеться плакати?	Т	Н
26. Чи важко Вам на чомусь сконцентрувати свою увагу?	Т	Н
27. Чи прокидаєтесь Ви з хорошим настроєм?	Т	Н
28. Чи уникаєте Ви іноді зустрічей з друзями?	Т	Н
29. Чи легко приймаєте рішення?	Т	Н
30. Чи легкість мислення є така ж, як і колись?	Т	Н

Обробка результатів

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

Повна версія – 30 запитань

Підрахунок балів

0–10 – без депресії

11–20 – легка депресія

>21 – глибока депресія

24		
25		
26		
27		
28		
29		
30		

	Так	Ні
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
	Так	Ні
1		
2		
3		
4		

Скорочена версія – 15 запитань

Підрахунок балів

0–5 – без депресії

6–15 – легка депресія

>15 – глибока депресія

Коротка версія – 4 запитання

Підрахунок балів

0 – відсутність депресії

1 – неозначена депресія

>1 – наявність депресії

Діагностика типів ставлення до хвороби. Протягом останніх десятиріч поруч з успіхами біологічної терапії гострих соматичних захворювань відмічається ріст затяжних, хронічних, стертих форм захворювань легень, серцево-судинної системи, шлунково-кишкового тракту та ін. В патогенезі затяжних форм психічний фактор набуває важливого значення. Це призвело до розширення кола захворювань, які розглядаються як «психосоматичні». Хворі, що страждають хронічними соматичними захворюваннями, поряд із специфічним

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

7. *Обсесивно-фобічний (O)*. Тривожність перш за все торкається не реальних, а маловірогідних ускладнень хвороби, невдач лікування, а також можливих (але малообґрунтованих) невдач в житті, роботі, сімейної ситуації в зв'язку з хворобою. Уявні небезпеки хвилюють більше, ніж реальні. Захистом від тривоги стають забобони та ритуали.

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

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

10. *Ейфоричний (Ф)*. Необґрунтовано підвищений настрій, нерідко награний. Зневажливе легкодумне відношення до хвороби та

лікування. Надія на те, що «саме все пройде». Бажання отримувати від життя все, незважаючи на хворобу. Легкість порушень режиму, хоча ці порушення можуть несприятливо вплинути на перебіг хвороби.

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

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

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

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

10													
9													
8												X	
1												X	
1												X	
1												X	
4	X											X	
3	X						X	X				X	

2	X					x	x	x				x	
1	X					x	x	x				x	
	Г	Т	И	М	А	Н	О	С	Я	Ф	З	Р	П

Графік розкодування результатів дослідження при допомозі ЛОБІ

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

Після побудови графіку діагностика типу здійснюється відповідно до наступних правил:

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

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

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

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

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

Особистісний опитувальник Бехтеревського інституту ЛОБІ.

Інструкція: «Перед Вами текст опитувальника із запропонованими виборами по 12 розділах. Вам необхідно вибрати із кожного розділу не більше трьох тверджень, які відображають Вашу думку. Якщо жодне з визначень не підходить Вам, відмітьте останній вибір «0». Номери вибраних відповідей занесіть у нижче поданий бланк».

САМОПОЧУТТЯ:

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

НАСТРІЙ:

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

11. Через хворобу у мене завжди тривожний настрій.
12. Мій настрій як правило такий же, як в оточуючих мене людей.
0. Жодне з визначень мені не підходить.

СОН ТА ПРОБУДЖЕННЯ ВІД СНУ.

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

АПЕТИТ ТА ВІДНОШЕННЯ ДО ЇЖІ.

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

10. Їжа не дає мені ніякого задоволення.

0. Жодне з визначень мені не підходить.

СТАВЛЕННЯ ДО ХВОРОБИ.

1. Моя хвороба мене лякає.

2. Я так втомився від хвороби, що мені байдуже, що зі мною буде.

3. Стараюсь не думати про свою хворобу і жити безпроблемним життям.

4. Моя хвороба більше за все мене пригнічує тим, що люди почали відсторонюватись від мене.

5. Без кінця думаю про всіх можливих ускладненнях, пов'язаних із хворобою.

6. Я думаю, що моя хвороба невиліковна і нічого доброго мене не чекає.

7. Вважаю, що моя хвороба запущена через неуважність та невміння лікарів.

8. Вважаю, що небезпечність моєї хвороби лікарі перебільшують.

9. Стараюсь перебороти хворобу, працювати як і раніше і навіть ще більше.

10. Я відчуваю, що моя хвороба набагато важча, ніж це можуть визначити лікарі.

11. Я здоровий, і хвороби мене не непокоять.

12. Моя хвороба протікає досить незвично – не так, як у інших, і тому потребує особливої уваги.

13. Моя хвороба мене дратує, робить нетерпимим, запальним.

14. Я знаю за чією провиною я захворів, і не пробачу цього ніколи.

15. Я усіма силами стараюсь не піддаватися хворобі.

0. Жодне з визначень мені не підходить.

ВІДНОШЕННЯ ДО ЛІКУВАННЯ.

1. Унікаю будь-якого лікування – надіючись, що організм сам переборить хворобу, якщо про неї менше думати.

2. Мене лякають труднощі та небезпека, пов'язані із наміченим лікуванням.

3. Я був би готовий на найважче чи навіть небезпечне лікування, тільки б позбавитися хвороби.

4. Я не вірю в успіх лікування і вважаю його марним.

5. Я шукаю нові способи лікування, але, нажаль, у всіх них постійно розчаровуюсь.

6. Вважаю, що мені призначають багато непотрібних ліків, процедур, мене вмовляють на нікчемну операцію.

7. Будь-які нові ліки, процедури та операції викликають у мене безкінечні думки про ускладнення та небезпечність, з ними пов'язані.

8. Від лікування мені стає тільки гірше.

9. Ліки та процедури нерідко так незвично діють на мене, що це дивує лікарів.

10. Вважаю, що серед застосованих способів лікування є настільки шкідливі, що їх варто було б заборонити.

11. Вважаю, що мене лікують невірною.

12. Я жодного лікування не потребую.

13. Мені набридло безкінечне лікування, хочу лише, щоб мене залишили в спокої.

14. Я уникаю говорити про лікування з іншими людьми.

15. Мене дратує і озлоблює, коли лікування не дає покращення.

0. Жодне з визначень мені не підходить.

СТАВЛЕННЯ ДО ЛІКАРІВ ТА МЕДПЕРСОНАЛУ.

1. Найголовнішою у всякому медичному працівникові я вважаю увагу до хворого.

2. Я хотів би лікуватися у такого лікаря, у якого більша відомість.

3. Вважаю, що захворів найшвидше за провинною лікарів.

4. Мені здається, що лікарі мало що розуміють в моїй хворобі і тільки роблять вигляд, що лікують.

5. Мені всерівно хто і як мене лікує.

6. Я часто непокоюсь про те, що не сказав лікарю щось важливе, що може вплинути на успіх лікування.

7. Лікарі та медперсонал нерідко викликають у мене неприязнь.

8. Я звертаюсь то до одного, то до іншого лікаря, бо не впевнений в успіху лікування.

9. З великою повагою я відношусь до медичної професії.

10. Я не раз переконувався, що лікарі та медперсонал неухважні і несумлінно виконують свої обов'язки.

11. Я буваю нетерпимим і дратівливим з лікарями і персоналом, а потім шкодую про це.

12. Я здоровий і допомогу лікарів не потребую.

13. Вважаю, що лікарі та медперсонал на мене марно витрачають час.

0. Жодне з визначень мені не підходить.

СТАВЛЕННЯ ДО РІДНИХ ТА БЛИЗЬКИХ.

1. Я настільки завантажений думками про мов хворобу, що справи близьких мене перестали хвилювати.

2. Я стараюсь рідним та близьким не показувати вигляду який я хворий, щоб не пригнічувати їм настрою.

3. Близькі марно хочуть зробити з мене важкохворого.

4. Мене охоплюють думки, що через мою хворобу моїх близьких чекають труднощі та негаразди.

5. Мої рідні не хочуть зрозуміти важкості моєї хвороби і не співчують моїм стражданням.

6. Близькі не рахуються з моєю хворобою і хочуть жити в своє задоволення.

7. Я соромлюсь своєї хвороби навіть перед близькими.

8. Через хворобу втратився всякий інтерес до справ та хвилювань близьких та рідних.

9. Через хвороби я став тягарем близьким.

10. Здоровий вигляд та безтурботне життя близьких викликає у мене неприязнь.

11. Я вважаю, що захворів через моїх рідних.

12. Я стараюсь якнайменше давати приводу для незручностей моїм близьким через мою хворобу.

0. Жодне з визначень мені не підходить.

ВІДНОШЕННЯ ДО РОБОТИ (НАВЧАННЯ).

1. Хвороба робить мене непридатним працівником (не здатним навчатися).

2. Я боюся, що через хворобу я позбавлюсь хорошої роботи (прийдеться піти із хорошого навчального закладу).

3. Моя робота (навчання) стала для мене зовсім байдужою.

4. Через хворобу мені стало не до роботи (не до навчання).

5. Весь час турбуюсь, що через хворобу можу допустити помилку на роботі (не справитись із навчанням).

6. Вважаю, що хвороба моя через те, що робота (навчання) вчинили шкоду моєму здоров'ю.

7. На роботі (за місцем навчання) зовсім не рахуються з моєю хворобою і навіть придираються до мене.

8. Не вважаю, що хвороба може завадити моїй роботі (навчанню).

9. Я стараюсь, щоб на роботі (за місцем навчання) якнайменше знали і говорили про мою хворобу.

10. Я вважаю, що недивлячись на хворобу, потрібно продовжувати роботу (навчання).

11. Хвороба зробила мене на роботі (на навчанні) непосидючим та нетерпеливим.

12. На роботі (на навчанні) я прагну забути про свою хворобу.

13. Всі дивуються і захоплюються тим, що я успішно працюю (навчаюся) недивлячись на хворобу.

14. Моє здоров'я не заважає мені працювати (навчатися) там, де я хочу.

0. Жодне з визначень мені не підходить.

СТАВЛЕННЯ ДО ОТОЧУЮЧИХ.

1. Мені тепер все одно хто мене оточує і хто біля мене.

2. Мені хочеться тільки, щоб оточуючі залишили мене в спокої.

3. Коли я захворів всі про мене забули.

4. Здоровий вигляд та життєрадісність оточуючих викликають у мене дратівливість.

5. Я стараюсь, щоб оточуючі не помічали моєї хвороби.

6. Моє здоров'я не заважає мені спілкуватися з оточуючими, скільки мені хочеться.

7. Мені б хотілось, щоб оточуючі пізнали на собі, як важко хворіти.

8. Мені здається, що оточуючі відсторонюються мене через мою хворобу.

9. Оточуючі не розуміють моєї хвороби та моїх страждань.

10. Моя хвороба і те, як я її переносю, дивують та вражають оточуючих.

11. З оточуючими я стараюсь не говорити про мою хворобу.

12. Моє оточення довело мене до хвороби, і я цього не пробачу.

13. Серед оточуючих я тепер бачу, як багато людей страждають від хвороб.

14. Спілкування з людьми мені тепер стало швидко набридати і навіть дратувати мене.

15. Моя хвороба не заважає мені мати друзів.

0. Жодне з визначень мені не підходить.

ВІДНОШЕННЯ ДО САМОТНОСТІ.

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

ВІДНОШЕННЯ ДО МАЙБУТНЬОГО.

1. Хвороба робить моє майбутнє пасмурним та сумним.
2. Моє здоров'я не дає поки що жодних передумов хвилюватися за майбутнє.
3. Я завжди надіюсь на щасливе майбутнє, навіть в найсумніших ситуаціях.
4. Не вважаю, що хвороба може суттєво відобразитися на моєму майбутньому.
5. Акуратним лікуванням та дотриманням режиму я сподіваюсь досягти покращення здоров'я в майбутньому.
6. Своє майбутнє я цілком пов'язую з успіхом в моїй роботі (навчанні).
7. Мені стало байдуже, що буде зі мною в майбутньому.
8. Через мою хворобу я в постійній тривозі за своє майбутнє.
9. Я впевнений, що в майбутньому викриються помилки та халатність тих, через кого я захворів.
10. Коли я думаю про своє майбутнє, мене охоплює смуток та дратівливість на інших людей.
11. Через хвороби я дуже тривожусь за своє майбутнє.
0. Жодне з визначень мені не підходить.

РЕЄСТРАЦІЙНИЙ БЛАНК

П.І.П. _____

Вік _____ Стать _____

Самопочуття 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 0

Настрій 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 0

Сон та пробудження від сну 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 0

Апетит та відношення до їжі 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 0

Відношення до хвороби 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 0

Відношення до лікування 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 0

Відношення до лікарів та медперсоналу 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 0

Відношення до рідних та близьких 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 0

Відношення до роботи (навчання) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 0

Відношення до оточуючих 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 0

Відношення до самотності 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 0

Відношення до майбутнього 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 0

Обробка: за кожне співпадання вибраної відповіді з нормативною (нормативи подані нижче) нараховується один бал за тим чи іншим типом психічного реагування. Якщо в нормативному трафареті відмічені кілька типів на одну відповідь, то бали нараховуються за всіма ними.

Нормативний трафарет:

Самопочуття _____

1. Т

2. З

3. Г

4. П

5. І

6. Н

7. Т

8. –

9. –

10. ТН

Настрій

1. Ф

2. ННТЯ

3. ООС

4. Г

5. ІЯ

6. ТН

7. А

8. –

9. –

10. П

11. –
0. –

11. ТТО
12. –
0. –

Сон та пробудження від сну

1. –
2. –
3. ТНО
4. А
5. –
6. –
7. –
8. –
9. –
10. –
11. СС
12. О
13. –
14. –
15. О
16. –
0. –

Апетит та відношення до їжі

1. С
2. ФП
3. І
4. –
5. З
6. –
7. І
8. Р
9. І
10. П
0. –

Відношення до хвороби

1. Т
2. АА
3. ФФ
4. С
5. ОО
6. І
7. П
8. З
9. РР
10. І
11. З
12. ЯЯ
13. НН
14. П
15. Г
0. –

Відношення до лікування

1. –
2. –
3. –
4. –
5. –
6. –
7. –
8. –
9. –
10. П
11. П
12. –
13. –
14. Г
15. –
0. ЗФФ

Відношення до лікарів та
мед.персоналу

- 1.Г
- 2.І
- 3.П
4. –
5. –
6. –
7. –
- 8.Я
- 9.Г
- 10.НП
11. –
12. –
13. –
14. –
15. –
0. –

Відношення до рідних
та близьких

1. –
2. СР
3. –
4. –
5. І
6. –
7. Я
8. –
9. –
10. –
11. –
12. ГРР
0. –

Відношення до роботи (навчання)

- 1.А
2. –
- 3 –
4. –
- 5.С
6. –
- 7.О
- 8.Ф
- 9.Р
- 10.РР
11. –
12. –
13. –
14. –
0. –

Відношення до оточуючих

1. –
2. –
3. –
4. –
5. –
6. 33
7. –
8. –
9. Я
10. –
11. –
12. –
13. –
- 14.І
- 15.Г
0. –

Відношення до самотності

- 1.АС

Відношення до майбутнього

1. АА

2. –	2.3Ф
3. –	3. –
4. –	4.33
5.НЯ	5.ГТ
6. –	6. –
7. –	7. А
8. –	8. ІСЯЯ
9. ГФ	9. П
10.СЯ	10. –
0.Ф	11. –
	0. –

Інтерпретація: висновок про переважаючий тип психічного реагування на захворювання робиться на основі порівняння отриманих при обробці даних досліджуваного за всіма типами реагування з мінімальними діагностичними числами. Діагностуються лише ті типи, які виявляються рівними чи переважаючими відповідне мінімальне діагностичне число.

Тип реагування	Г	Т	І	М	А	Н	О	С	Я	Ф	З	Р	П
Мінімальне діагностичне число	7	4	3	3	3	3	4	3	3	5	5	6	3
Показники досліджуваного													

Позначення: Г – гармонійний, Т – тривожний, І – іпохондричний, М – меланхолійний, А – апатичний, Н – невротенічний, О – obsesивно-фобічний, С – сензитивний, Я – егоцентричний, Ф – ейфоричний, З – анозогнозичний, Р – ергопатичний, П – паранояльний.

Система відношень, пов’язаних з хворобою, може не вклатися в один з описаних типів. Тут мова може йти про змішані типи, особливо близькі за картиною (тривожно-obsesивний, ейфорично-анозогнозичний, сенситивно-ергопатичний та ін.). Але система відношень може ще не скластися в єдиний патерн – тоді жоден із перерахованих типів не може бути діагностований та риси багатьох чи всіх типів бувають виявлені більш-менш рівномірно.

Тест акцентуації характеру. У кожної людини можна визначити не одну сотню особистісних рис – а саме: доброту, принциповість, цілеспрямованість тощо, які особливо не виділяються і проявляються однаковою мірою.

Кілька яскравих особистісних рис складають малюнок особистості. У такому разі кажемо: «Він людина цілеспрямована й дуже принципова, на нього можна покластися в скрутній ситуації», або «Це добра, чуйна людина, завжди допоможе». Якщо ж у людини виділяється одна з особистісних рис, причому дуже яскраво, помітно, – це так звана акцентуація характеру чи психотип особистості.

Якщо ця властивість характеру, яскраво виражена в акцентуації особистості, заважає людині жити в суспільстві або суспільству важко прийняти цю людину, то в цьому випадку йдеться про психопатичну особистість; коли ж ця властивість з плином часу ще й посилюється, то маємо справу з проявом психічного захворювання.

К. Леонгард зазначив, що «...акцентуація – це, по суті, ті ж індивідуальні риси, але які мають тенденцію до переходу в патологічний стан».

Ми розглядаємо риси характеру в рамках звичайного малюнка особистості й виділяємо 13 типів акцентуації, тобто яскраво виражених характерів-психотипів, які описали у роботі вінницькі колеги І. Слободянюк, О. Холодова, О. Олексенко.

Інструкція до тесту. Зробіть табличку (див. бланк для відповідей). У клітинки (1–104) записуйте свої відповіді зліва направо ряд за рядом. Відповідаючи на твердження тесту, оцінюйте ступінь своєї згоди або незгоди такими балами:

+2 – цілком правильно, я звичайно так і роблю;

+ 1 – правильно, але бувають відчутні винятки;

0 – важко сказати,

-1 – неправильно, але іноді бувають такі ситуації;

-2 – зовсім неправильно, це невластиве моєму звичайному життю.

Намагайтеся не відповідати «Важко сказати», віддайте перевагу одній із решти чотирьох відповідей, співвіднівши її зі своїми звичками, бажаннями, вчинками. Причому будь-яке з наведених у тесті тверджень потрібно оцінювати, виходячи з принципу «як правило» і зі звичного для вас способу життя. Адже ми всі час від часу буваємо то веселими, то роздратованими.

Бланк для відповідей

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39
40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52
53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65
66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78
79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91
92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII

Прізвище, ім'я _____

Дата _____

Можна підготувати наперед необхідну для дослідження кількість бланків або запропонувати кожному перед початком тестування накреслити їх для віднови за поданим зразком.

Тестування можна проводити як індивідуально, так і з цілою групою дітей одночасно. Проводячи індивідуальне тестування дитині видають текст тесту, що містить 104 твердження, які вона повинна уважно прочитати, оцінити, виходячи зі своєї згоди чи незгоди, а записати відповідний бал у бланку для відповідей.

Під час групового тестування також можна роздати тексти тесту (якщо їх є в достатній кількості). При цьому потрібно попросити дітей, щоб вони не робили в тексті жодних поміток. Допускається й усне тестування: дослідник читає всі 104 твердження вголос, обов'язково двічі кожне з них, а діти відразу оцінюють своє ставлення певним балом у бланку для відповідей.

Відповіді й оцінки в балах доцільно записати на дошці.

Якщо в тестованих виникають запитання щодо змісту тверджень тесту, дослідникові потрібно пояснити незрозумілі слова чи смисл усього твердження.

Час для проведення тесту разом з поясненням інструкції – приблизно 35-40 хв.

Текст тесту

1. Я ніколи не довіряю незнайомим людям і не раз переконувався, що маю в цьому рацію.
2. Мені не раз доводилося переконуватися, що дружать із вигоди.
3. Я завжди почуваю себе бадьорим і повним сил. Як правило, настрої у мене добрий.
4. Моє самопочуття дуже залежить від того, як ставляться до мене люди.
5. Мій настрої поліпшується, коли мене залишають самого.
6. Я не можу спокійно спати, якщо вранці треба піднятися у певний час, я надто поміркований, постійно тривожуся й непокоюся про все.
7. Найменші неприємності прикро вражають мене; після засмучення і занепокоєння виникає погане самопочуття.
8. У мене поганий і неспокійний сон, часто бувають болісно-тужливі сновидіння; ранок для мене – найтяжча пора доби.
9. Мій настрої звичайно такий же, як і в людей довкола.
10. За друзями, з якими довелося розлучитися, я довго не сумую і швидко знаходжу нових.
11. Я погано сплю вночі й відчуваю сонливість удень, часто буваю роздратованим.
12. Мій настрої легко змінюється без поважних причин.
13. Тижні доброго самопочуття чергуються в мене з тижнями, коли я почуваюся погано.
14. Я вважаю, що в людини мусить бути велика і серйозна мета, заради якої варто жити.
15. У мене трапляються приступи поганого самопочуття з роздратованістю і почуттям нудьги.
16. Я сплю мало, але вранці встаю бадьорим і енергійним.
17. Мій настрої дуже залежить від товариства, у якому я перебуваю.
18. Ніколи не дотримуюся загальної моди, а ношу те, що мені самому сподобалося.
19. Погане самопочуття виникає в мене внаслідок хвилювання й очікування неприємностей.
20. Часто я соромлюся їсти при сторонніх людях, я надмірно чутливий.
21. Завжди боюся, що мені не вистачить грошей, і дуже не люблю брати в борг.

22. Я вважаю, що самому не варто виділятися серед інших людей.
23. Я легко знайомлюся.
24. Про свій одяг я мало думаю.
25. У якісь дні я просинаюся веселим і життєрадісним, в інші – без усякої причини з самого ранку пригнічений і сумний.
26. Інколи в мене вовчий апетит, інколи нічого не хочеться їсти.
27. Життя навчило мене не бути надто відвертим навіть із друзями.
28. Сон у мене дуже міцний, але іноді бувають жахливі, кошмарні сновидіння.
29. Я люблю ласощі й делікатеси та ненавиджу задалегідь розраховувати свої витрати.
30. Мій сон багатий на яскраві сновидіння.
31. Я не можу знайти собі друга до душі й страждаю від того, що мене не розуміють, прагну триматися далі від інших людей.
32. У мене настрій псується від очікування можливих неприємностей, від непевності в собі, від турботи про близьких.
33. Якщо в мене щось позичили, я соромлюся про це нагадати.
34. Мені здається, що інші люди мене зневажають, дивляться на мене з погордою.
35. Перш ніж познайомитись, я завжди хочу дізнатися, що це за людина, що про неї кажуть інші.
36. Я прагну бути з людьми, важко переносю самотність.
37. У майбутньому мене найбільш турбує моє здоров'я; дорікаю батькам, що в дитинстві вони приділяли мало уваги моєму здоров'ю.
38. Я люблю вдягнутися так, щоб личило мені.
39. Інколи я люблю великі товариські компанії, інколи уникаю їх і шукаю самотності.
40. У мене не буває зажури й суму, але може бути розлюченість та гнів.
41. Зради я ніколи не пробачив би.
42. Я легко сходжуся з людьми за будь-яких обставин, охоче знайомлюся, люблю мати багато друзів і тепло ставлюся до них.
43. Я люблю яскравий одяг, що впадає у вічі.
44. Я люблю самотність, свої невдачі я переживаю сам.
45. Я багато разів зважую всі «за» і «проти», але все ж не відважуюсь ризикнути; можу випереджати інших у міркуваннях, але не в діях.

46. Моя сором'язливість заважає мені познайомитися з тим, з ким хотілося б.

47. Я уникаю нових знайомств, мені не вистачає рішучості у всьому.

48. Намагаюся жити так, щоб інші не могли сказати про мене нічого поганого.

49. Не люблю багато роздумувати про своє майбутнє, тим більше – наперед розраховувати свої витрати.

50. Я почуваюся таким хворим, що мені не до друзів.

51. Інколи до грошей я ставлюся легко, витрачаю їх не задумуючись; інколи все боюся залишитися без грошей.

52. Інколи мені добре з людьми, інколи вони набридають мені.

53. Мене приваблює лише те нове, що відповідає моїм принципам і інтересам.

54. Для мене головне, щоб одяг був зручним, охайним і чистим.

55. Я переконаний, що в майбутньому здійсняться мої бажання і плани.

56. Я віддаю перевагу тим друзям, які дуже уважні до мене.

57. Я люблю придумувати нове, все переінакшувати й робити по-своєму, не так, як усі.

58. Мене часто непокоїть, що мій костюм не в порядку.

59. Я боюся самотності, проте часто виходить так, що я опиняюся на самоті.

60. Самотнім я почуваю себе спокійніше.

61. Я вважаю, що жодна людина не повинна відриватися від колективу.

62. Люблю різноманітність і зміни в житті.

63. Товариство людей мене швидко втомлює і дратує.

64. Періоди, коли я не дуже стежу за тим, щоб дотримуватися всіх правил, чергуються з періодами, коли я дорікаю собі за недисциплінованість.

65. Часом я задоволений собою, часом сварю себе за нерішучість і млявість.

66. Я не боюся самотності, свої невдачі переношу сам і ні в кого не шукаю співчуття й допомоги.

67. Я дуже акуратний у грошових справах, засмучуюся і відчуваю прикрість, коли не вистачає грошей.

68. Я люблю зміни в житті – нові враження, нових людей, нове оточення.

69. Я не терплю самотності, завжди прагну бути серед людей; з боку інших найбільше ціную увагу до мене.

70. Я допускаю опіку над собою в повсякденному житті, але не над моїм душевним світом.

71. Я часто довго роздумую над тим, правильно чи ні я щось сказав або зробив стосовно інших.

72. Я часто побоююся, що мене помилково приймуть за порушника законів.

73. Майбутнє видається мені похмурих і безперспективним, невдачі гнітять мене, і найперше я звинувачую самого себе.

74. Я намагаюся жити так, щоб майбутнє було гарним.

75. При невдачах мені хочеться втекти кудись далеко й не повертатися.

76. Незнайомі люди мене дратують, до знайомих я вже якимось звик.

77. Я легко сварюся, але швидко й мирюся.

78. Періодами я люблю «задавати тон», бути першим, але деколи це мені набридає.

79. Я певен, що в майбутньому докажу всім свою правоту.

80. Віддаю перевагу раз і назавжди встановленому порядку, мені подобається навчати людей правил і порядку.

81. Я люблю всякі пригоди, навіть небезпечні, охоче йду на ризик.

82. Пригоди й ризик приваблюють мене, якщо в них мені дістається перша роль.

83. Я люблю опікувати тих, хто мені подобається.

84. На самоті я розмірковую чи розмовляю з уявним співбесідником, мимоволі думаю про можливі неприємності та біди, які можуть трапитися в майбутньому.

85. Нове мене приваблює, але водночас непокоїть і тривожить; невдачі доводять мене до відчаю.

86. Я боюся змін у житті, нова обстановка мене лякає.

87. Я охоче наслідую авторитетних людей.

88. Одним людям я підкоряюся, іншими керую сам.

89. Я охоче вислуховую ті поради, які стосуються мого здоров'я.

90. Трапляється, що зовсім незнайома людина відразу викликає в мені довіру й симпатію.

91. Деколи моє майбутнє видається мені світлим, деколи – похмурих.

92. Завжди знаходяться люди, які слухаються мене й визнають мій авторитет.

93. Якщо в моїх невдачах хтось винен, я не залишаю його безкарним.

94. Я вважаю, що для цікавої і привабливої справи всякі правила й закони можна обійти.

95. Я люблю бути першим, щоб мене наслідували, йшли за мною інші.

96. Я не прислухаюся до заперечень і критики, завжди думаю і роблю по-своєму.

97. Коли трапляється невдача, я завжди шукаю, що я зробив неправильно.

98. Маленьким я був уразливою і чутливою дитиною.

99. Мені не подобається керувати людьми, відповідальність мене лякає.

100. Вважаю, що нічим не відрізняюся від більшості людей.

101. Мені не вистачає посидючості й терпіння.

102. Нове мене приваблює, але часто швидко втомлює і набридає; мені не до пригод.

103. У гарні хвилини я задоволений собою, у хвилини поганого настрою мені здається, що бракує позитивних якостей.

104. Деколи я легко переносю зміни у своєму житті й навіть люблю їх, але часом їх побоююсь й уникаю.

Результати тестування розшифровуються таким чином:

1. Підраховується сума балів у кожній вертикальній колонці, наприклад сума балів, поставлених дитиною у клітинках під №1,14, 27, 40, 53, 66, 79, 92. Визначаючи суму, слід враховувати знак «+» чи «-». Сума балів кожної колонки знаходиться в діапазоні від +16 (якщо всі вісім тверджень оцінено тестованим +2, тобто «цілком правильно») до -16 (якщо всі твердження оцінено -2, тобто «зовсім неправильно»).

2. Розкодовується найменування зашифрованих у вертикальних колонках типів характеру:

I (1, 14, 27, 40, 53, 66, 79, 92) параноїк,

II (2, 15, 28, 41, 54, 67, 80, 93) епілептоїд,

III (3, 16, 29, 42, 55, 68, 81, 94) гіпертим,

IV (4, 17, 30, 43, 56, 69, 82, 95) істероїд,

V (5, 18, 31, 44, 57, 70, 83, 96) шизоїд,

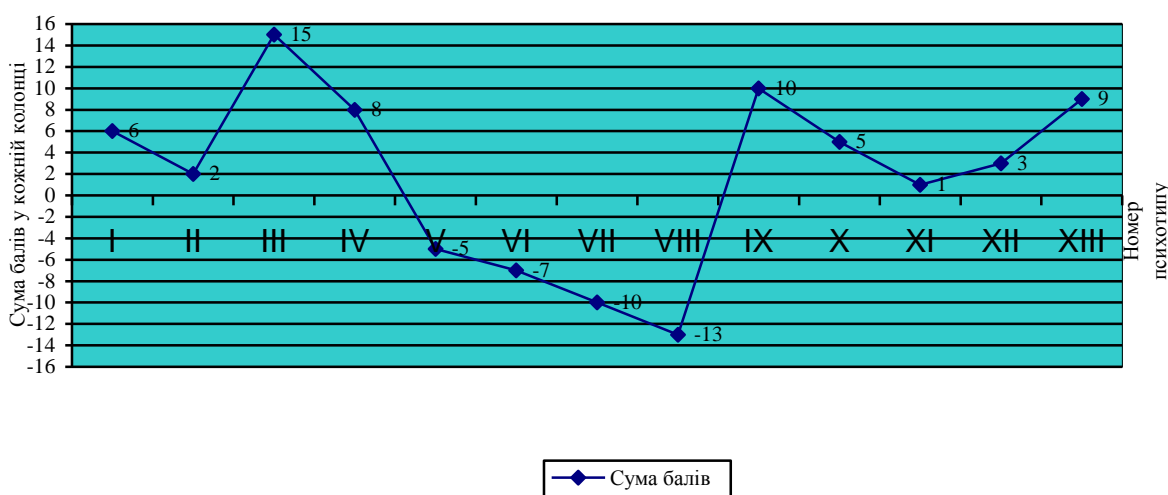
- VI (6, 19, 32, 45, 58, 71, 84, 97) психастеноїд,
- VII (7, 20, 33, 46, 59, 72, 85, 98) сензитив,
- VIII(8, 21, 34, 47, 60, 73, 86, 99) гіпотим,
- IX (9, 22, 35, 48, 61, 74, 87, 100) конформний тип,
- X (10, 23, 36, 49, 62, 75, 88, 101) нестійкий тип,
- XI (11, 24, 37, 50, 63, 76, 89, 102) астенік,
- XII (12, 25, 38, 51, 64, 77, 90, 103) лабільний тип,
- XIII(13, 26, 39, 52, 65, 78, 91, 104) циклоїд.

3. Визначається ступінь вираженості кожного з психотипів за допомогою побудови графіка «Рисунок особистості». Наведемо приклад побудови графіка на підставі розшифрування результатів тестування одного з підлітків.

Номер Психотипу	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII
Сума балів у кожній колонці	+6	+2	+15	+8	-5	-7	-10	-13	+10	+5	+1	+4	+9

Якщо крива не виходить за межі точок +10 і -10, це означає, що психотип перебуває в рамках звичайного рисунка особистості (ці точки прийняті спеціалістами за нормативні).

Графік "Рисунок особистості"



Якщо крива виходить за межі точки +10, то це означає, що якийсь психотип у тестованого проявляється найяскравіше.

Якщо ж одна чи кілька точок знаходяться за межами точки -10 , то це означає, що в тестованого проявляється антитип, тобто риси, властиві людині з протилежним характером. У нашому випадку в підлітка найбільш яскраво проявляються риси гіпертима (точка $+15$, що відповідає психотипу III, знаходиться вище 10 лінії) і антигіпотима (точка -13 , яка відповідає психотипу VIII, знаходиться нижче -10 лінії).

Не слід забувати про те, що багато людей – неакцентовані особистості, тобто в них у рисунку особистості немає помітних «виступів».

Звичайно у дітей виявляються риси двох-трьох психотипів.

До інформаційної моделі описуваних психотипів включено такі основні параметри:

- домінуючі риси характеру;
- привабливі (позитивні) риси характеру;
- відразливі (негативні) риси характеру;
- вразливе місце характеру;
- особливості спілкування й дружби;
- ставлення до навчання й роботи.

Після характеристики кожного психотипу даються практичні рекомендації, включаючи опис конфліктогенних ситуацій, тобто ситуацій, які провокують прояви негативних рис характеру того чи іншого психотипу, і ситуацій успіху, тобто ситуацій, які допомагають дитині адаптуватися до життя за допомогою своїх сильних позитивних якостей.

Крім того, даються поради батькам і вчителям, як поводитися в конкретних випадках проявів особливостей того чи іншого психотипу, і психотехнічні вправи для розвитку сильних сторін кожного характеру.

Психотехнічні вправи можуть допомогти підліткові значною мірою пом'якшити прояви негативних рис психотипу. Їх можна порекомендувати дитині, попередньо пояснивши смисл і призначення кожної вправи.

Доцільно надрукувати опис цих вправ і передати його підліткові, щоб текст завжди був у нього під рукою. Періодично можна нагадувати йому про необхідність регулярного виконання вказаних вправ. Один екземпляр тексту варто дати батькам, щоб вони могли допомагати дитині робити ці вправи.

Параноїк

Риси цього психотипу рідко виявляються в дитинстві, але звичайно такі діти зосереджені на чомусь одному, серйозні, заклопотані, про щось думають, прагнуть, щоб там не було, домогтися бажаного (саме цієї іграшки, саме цієї книжки і т. ін.).

Домінуюча риса характеру: високий ступінь цілеспрямованості.

Такий підліток підкорює своє життя досягненню певної мети (причому) досить великого масштабу), при цьому він здатен повністю зневажати інтереси інших людей (своїх батьків, однокласників тощо). Заради досягнення поставленої мети він ладен пожертвувати і своїм добробутом, відмовитися від розваг, комфорту та інших звичних для дітей радощів.

Привабливі риси характеру: висока енергійність, незалежність, самостійність, надійність у спільній роботі, якщо його цілі збігаються з цілями тих людей, із котрими він разом працює.

Відразливі риси характеру: агресивність, дратівливість, гнівливість, які проявляються тоді, коли хтось чи щось опиняється на шляху до досягнення поставленої мети; байужість до чужого горя, відсутність душевності в стосунках з людьми, авторитарність.

Вразливе місце цього психотипу: не переносить відсутності громадського визнання і схвалення його успіхів; надзвичайно честолюбний у чомусь значному, але не в дрібницях.

Особливості спілкування й дружби: підліток цього психотипу, як правило, конфліктний, оскільки в нього нема природної потреби у спілкуванні, яке він розглядає лише як засіб для досягнення раніше поставленої глобальної мети. І якщо йому доводиться входити в контакт із людьми, він часто пригнічує співрозмовника, буває надто категоричним у власних судженнях, при цьому може легко ранили словом інших. Не помічає своєї конфліктності.

Параноїк зовсім не сентиментальний, недовірливий у дружбі, яку розуміє як продовження спільної великої справи. Друзі для нього – лише соратники, з якими він йде до поставленої мети. Суперечки для нього – зрада спільної справи, він довго пам'ятає образи і кривди. Але навіть тривала дружба з ним ще ні про що не свідчить: якщо людина йому не потрібна для справи, він її забуде без найменшого жалю.

Ставлення до навчання і роботи. Параноїчні діти звичайно ретельно вивчають лише ті предмети, які потрібні зараз чи знадобляться в майбутньому для успішного досягнення поставлених

цілей. Для цього вони можуть ходити в бібліотеку, на додаткові заняття, купувати багато книг, читати на перервах або в транспорті. А все інше в школі для них не становить жодної вартості. Найбільших успіхів параноїки досягають в індивідуальній творчій роботі, оскільки їм дуже важко працювати в групі, тим більше у великому колективі. І якщо робота захоплює, параноїк стає трудягою: весь час у праці, нічого не існує, крім його мети і необхідної для її досягнення роботи. Параноїки – неперевершені постачальники, генератори визначних ідей, нестандартних підходів до вирішення складних проблем.

Серед *конфліктогенних ситуацій*, тобто ситуацій, які загострюють прояви негативних рис характеру цього психотипу і яких слід уникати у спілкуванні з ним, назвемо:

- ситуації, у яких його справа зазнає критики;
- ситуації, коли підліткові доводиться підкорятися волі інших людей, особливо коли ті не є для нього авторитетами;
- ситуації, у яких йому доводиться займатися «дрібницями», незначущою громадською діяльністю, рутинною роботою або предметом, який його не цікавить;
- ситуації, які змушують його задуматися над якимись побутовими дрібничками, вирішувати життєві проблеми,
- ситуації вимушеного тривалого спілкування з різними людьми, які не поділяють його інтересів;
- ситуації відсутності постійного визнання, схвалення.

Основним завданням *допомоги* дітям параноїчного психотипу є створення ситуацій, які пом'якшували б прояви негативних особливостей характеру. Для цього найдоцільніше сформулювати значущу для параноїка мету і спрямувати всю його енергію на її досягнення. Це може бути велика справа не тільки для класу, а й школи.

З таким підлітком досить важко встановити продуктивний контакт, якщо він не побачить у вас одностороннього, сподвижника, захопленого, як і він, спільною ідеєю. Тому потрібен певний час, аби він міг визнати вас за людину, чия думка для нього вагома.

На початку бесіди з таким підлітком бажано підкреслити велике значення тієї справи, котрій він присвячує більшу частину свого часу, відзначити його досягнення, попросити сформулювати ті цілі, які він ставить перед собою на найближчу перспективу. Не варто іронізувати над його перспективами, можна змістовно обговорити

можливості їх досягнення й ті плани, які він розробив для досягнення своїх цілей.

Під час спілкування і в повсякденному житті потрібні підвищена тактовність і ненав'язливий соціально-педагогічний контроль, доброзичлива довіра. Водночас параноїальним підліткам слід порадити бачити в однолітках, рідних, інших людях передусім індивідуальність кожного. Для цього є кілька психотехнічних вправ, які їм доцільно регулярно виконувати.

Психотехнічні вправи

«День без зауважень»

Учіться стримувати свої негативні емоції, своє незадоволення іншими. Вам, безумовно, хочеться висловитися, що ви думаєте про них, але тим, хто поруч із вами, неприємно витримувати прояви вашої погорди чи навіть зневаги. Вчіться не сваритися.

Дайте собі слово: цілий день усім усе пробачати, приймати сказане іншими з розумінням, нікого не критикувати, не робити зауважень (як би цього не хотілося), не засуджувати вчинки однокласників, членів своєї родини і не сперечатися ні з ким.

Якщо вийшло і ви цілий день змогли прожити саме так, то через кілька днів збільшуйте цей період до двох днів і т. д. Доведіть тривалість вправи до одного тижня, а потім проаналізуйте, що змінилося у вас і у ваших стосунках із людьми.

«Приємна розмова»

Коли питання, яке викликає у вас, неприємні емоції, не дуже принципове, прагніть зробити спілкування з людиною просто приємним. Має рацію ваш співбесідник чи ні (зараз це не має принципового значення) постарайтеся, щоб цій людині з вами було добре, спокійно, і щоб у неї з'явилося бажання ще раз зустрітися і поговорити з вами.

Потім іще раз обов'язково поговоріть з цією людиною і з'ясуйте, що вона думає про бесіду з вами, чи дійсно їй було приємно з вами розмовляти.

«Я радий тебе бачити!»

При зустрічі з будь-ким, навіть із тим, кого ви зовсім не знаєте, першою вашою фразою має бути: «Я радий тебе бачити!». Скажіть це від усього серця чи подумайте так і лише після цього починайте розмову.

Якщо під час бесіди ви відчуєте роздратування або гнів, то кожні 2-3 хв прокажуйте подумки або вголос ці слова – «Я радий тебе бачити!».

«Добра усмішка»

Яким би зайнятим ви не були, намагайтеся частіше зустрічати інших доброю і привітною усмішкою, особливо, коли до вас звернуться також усміхнувшись. Коли відразу не виходить, спробуйте посміхатися внутрішньою усмішкою. Вона повинна бути завжди. Недаремно ж одним із девізів успіху, вважають американці, є вислів «Посміхайтесь!».

Епілептоїд

Ще в дошкільному віці у дітей, схильних до цього типу акцентуації, помітна недитяча бережливість до одягу, іграшок – усього свого; вкрай люта реакція на тих, хто пробує заволодіти ними, а з перших шкільних років виявляється дріб'язкова скрупульозність і підвищена охайність.

Домінуючі риси характеру: любов до порядку, прагнення підтримувати вже встановлений порядок, консервативність (не визнають того, що ще не прийнято іншими); високий енергетизм (школярі наповнені життєвою енергією, охоче займаються фізкультурою, бігають, голосно розмовляють, організують усіх довкола себе; своєю активністю часто заважають іншим); агресивність (підлітки в екстремальних ситуаціях стають хоробрими, навіть нерозсудливими, а в повсякденному житті в них проявляються гнівливість, уїдливість, лють, бувають періоди злостиво-тоскного настрою з пошуком об'єкта, на якому можна зігнати злість; такі діти злопам'ятні та мстиві).

Привабливі риси характеру: ретельність, охайність, справність, дбайливість (часто ці риси переростають у нормальний педантизм), надійність (завжди виконують обіцянки), пунктуальність (аби не запізнитися, епілептоїд заведе два будильники ще й попросить розбудити його), уважність до свого здоров'я (тому здоров'я, як правило, міцне).

Відразливі риси характеру: жорстокість, нечуйність, надмірна вимогливість, яка призводить до дратівливості через помічений непорядок, неакуратність в інших чи порушення кимось певних правил. Епілептоїд для себе – єдина хороша людина.

Вразливе місце цього психотипу: майже не переносить непокори собі та бурхливо повстає проти обмежування власних інтересів.

Особливості спілкування і дружби: як і у всьому, епілептоїд полюбляє усталений порядок у дружбі та спілкуванні з людьми. Він не заводить випадкових знайомств, а віддає перевагу спілкуванню з друзями дитинства та шкільними товаришами. Але якщо підліток вважає когось своїм другом, то виконує всі обов'язки, що покладає на нього дружба. Зради в дружбі (як і в коханні) він ніколи не простить.

Ставлення до навчання і до роботи. Епілептоїди відзначаються цілеспрямованістю, виконують усі домашні завдання, ніколи не прогулюють уроків (такий порядок, і його слід дотримуватися), звичайно вони відмінники.

Згодом такі школярі найкраще виявляють себе в діяльності, пов'язаній із підтриманням порядку, правил та норм, прийнятих кимсь іншим. Наприклад, фінансист дотримується грошової дисципліни, юрист - законів, учитель виконує навчальні програми, військовий - вимоги статутів та ін.

Рекомендації

Конфліктогенні ситуації, які провокують прояв негативних рис цього психотипу, такі:

- які вимагають від дитини ламання, змін встановлених порядків і прийнятних правил, коли це їй доводиться робити самотійно;
- жорсткої конкуренції з боку таких же сильних та енергійних людей;
- які обмежують підлітка виявити свій авторитет, владу над іншими людьми, у тому числі й батьками;
- коли критикують дії підлітка, тим більше коли висміюють його недоліки;
- у яких від підлітка вимагається щоденна праця, тривалі зусилля і немає можливості виділитися серед інших;
- коли так чи інакше обмежуються права та інтереси самої дитини.

Основною метою допомоги цьому психотипові є усунення умов, які провокують слабкі сторони характеру. Але допомога часто ускладнюється тим, що дитина не сприймає порад та прохань. Тому так важливо встановити контакт, взаєморозуміння з цією дитиною. Ґрунтовність і послідовність, чуйність і тактовність – ось що вимагається від дорослого. Такий стиль спілкування дозволяє сформувати в підлітка соціально прийнятну модель поведінки.

Контакт з епіліптоїдним підлітком найдоцільніше встановлювати поза періодами афективного напруження, на початку бесіди, спонукаючи його «виговоритися» на одну з найцікавіших для нього тем, наприклад про те, що він колекціонує і чим його колекція відрізняється від інших.

Дуже важливо знайти такій дитині справу, яка відволікатиме її від негативних емоцій, зніматиме напруження. Цим підліткам можна і треба доручати керівництво невеликими групами, наприклад під час ділової гри чи спортивних змагань. Допомагає доброзичливе авансування його майбутніх успіхів, заохочення реальних досягнень, які сприяють самоствердженню підлітка.

Сімейні конфлікти в дітей епілептоїдного типу зазвичай важко корегуються. Зумовлено це, з одного боку, претензіями епілептоїда на роль господаря, котрого решта членів родини мусять поважати й догоджати йому (але це приймає не кожна сім'я, з іншого боку, – сам підліток не готовий поступитися іншим членам родини).

Психотехнічні вправи

«Виконавець бажань»

Ви звикли реалізовувати всі свої бажання, а тепер спробуйте виконувати бажання близьких, рідних вам людей, своїх знайомих. Спробуйте жити відповідно до тих вимог, які ставлять вони, а не ви. Спочатку виберіть найприємнішу для вас людину й постарайтеся виконувати всі її бажання без жодних умов із вашого боку. Якщо не вийшло, через день-два зробіть ще одну спробу здійснювати бажання іншої близької вам людини. Якщо ж вийшло, поступово збільшуйте коло людей, чії бажання ви будете виконувати.

«Іду за тобою»

Під час ділової бесіди чи простої розмови постарайтеся періодично передавати ініціативу вашому співрозмовникові, наприклад, запитуючи його: «А як ви думаєте? Що ви думаєте з цього приводу?» Ще краще, коли ви говоритимете про те, що цікавить і хвилює вашого співрозмовника.

Не робіть жодних зауважень щодо манери спілкування вашого співрозмовника, навпаки, похваліть його. Але робити це слід без іронії, доброзичливо.

«Споглядач»

Навчіться ставитися до всього, що з вами відбувається, як вибілений сивиною східний мудрець, споглядаючи, тобто перш ніж

прореагувати на слова або вчинки близьких, інших людей, запитайте себе: «А як би на моєму місці вчинила мудра людина? Що б вона сказала і зробила?».

Приймайте рішення і дійте лише після декілька хвилинних, спокійних, споглядальних роздумів.

Гіпертим

Підлітки цього психотипу з дитинства відзначаються галасливістю, товариськістю, навіть сміливістю, схильні до пустощів. У них нема ні соромливості, ні боязкості перед незнайомими людьми, проте їм бракує почуття дистанції в стосунках із дорослими.

Домінуючі риси характеру: постійно піднесений настрій, екстравертованість, тобто зверненість до навколишнього світу, відкритість для спілкування з людьми, радість від цього спілкування, яка поєднується з добрим самопочуттям і прекрасним зовнішнім виглядом.

Привабливі риси характеру: енергійність, оптимізм, щедрість, прагнення допомогти людям, ініціативність, говірливість, життєрадісність, причому його настрій майже не залежить від того, що відбувається навколо. Але високий життєвий тонус, енергія, що б'є ключем, нестримна активність, жадоба діяльності поєднуються з тенденцією розпорошуватися і не доводити початої справи до кінця.

Відразливі риси характеру: поверховість, нездатність довго зосереджуватися на якійсь конкретній справі чи думці, постійна метушня (прагне зайнятися чимось цікавішим на даний момент), перескакування з однієї справи на іншу (може записатися відразу в декілька секцій, але нікуди довше 1–2 місяців не ходить), неорганізованість, панібратство, легковажність, готовність до безоглядного ризику, грубість (але без усякого зла), схильність до прожектерства і аморальних учинків (але незловмисно, одразу готовий покаятися).

Вразливе місце цього психотипу: не переносить одноманітної обстановки, монотонної праці, яка вимагає ретельності, кропіткої роботи; мучиться різким обмеженням спілкування; його пригнічує самотність або вимушена бездіяльність.

Особливості спілкування і дружби. Гіпертим завжди виступає в ролі веселуна й жартівника, полюбляє збирати гостей, його дім – місце зустрічі друзів і просто знайомих, куди кожен може запросто прийти й залишитися доти, поки йому подобається. Завжди тягнеться

до компанії. серед ровесників прагне лідерства. Легко може опинитися в поганому середовищі; схильний до авантюр.

Гіпертим готовий дружити з усім світом, але до глибокої прихильності не здатний. Йому притаманні альтруїзм, любов до ближнього (а не до всього людства), він, не вагаючись, може кинутися на допомогу людині. В дружбі добрий і незлопам'ятний. Скривдивши когось, він швидко забуває про це і при наступній же зустрічі може щиро порадіти; коли треба, він може від усієї душі попросити вибачення за завдану образу і тут же зробити щось приємне ображеній людині.

Ставлення до навчання і до роботи. Діти цього психотипу могли б досягти значних успіхів, але вони легковажні й ліниві; не можуть зосередитися на одному предметі, особливо коли для його засвоєння потрібні певні тривалі зусилля. Загалом всі навчальні предмети даються їм легко, але знання, отримані в школі, поверхові й часто безсистемні.

Гіпертим постійно запізнюється на уроки, прогулює (особливо ті заняття, на яких він нудьгує і не має змоги виразити себе). Але йому легко наздогнати пропущене, наприклад перед контрольною роботою чи екзаменом не поспати одну ніч і вивчити майже весь матеріал.

Гіпертим може досягти успіху майже в будь-якій справі. Справді, спочатку в нього все ладиться, з'являються певні здобутки, але, як тільки починається звичайна рутинна робота, йому стає нецікаво, справа втрачає новизну, тому він готовий кинути її, переключитися на щось інше. Часто шумний і надактивний, гіпертим створює лише видимість продуктивної діяльності (охоче і з великим запалом береться до справи, планує багато заходів, проводить наради тощо), і це допомагає йому робити кар'єру.

Рекомендації

Конфліктогенні ситуації:

- вимушена самотність, коли позбавляють підлітка вільного й різноманітного спілкування;
- які обмежують рухову активність;
- у яких треба коритися певним систематичним вимогам;
- коли доводиться відмовлятися від чогось цікавого, нового, незвичного.

Основною метою *допомоги* цьому психотипові є створення таких умов, за яких виявляються ініціатива і енергія, підприємливість і

лідерство, коли можливе вільне й цікаве спілкування. Це може бути важка, але цікава й різноманітна діяльність, спорт, спілкування з різними людьми та ін.

Підліткам гіпертимного психотипу не варто доручати кропіткої, одноманітної роботи, яка вимагає посидючості та обмежує їхні стосунки з людьми.

Встановлення контакту з цими дітьми не є проблемою через їхню відкритість і готовність іти назустріч. Вони звичайно адекватно реагують на доброзичливе ставлення і щирий інтерес до їх справ і проблем.

У спілкуванні з ними треба уникати надмірної директивності, проявів безапеляційної влади, жорсткої вимогливості, інакше це може призвести до загострення реакції емансипації.

Оскільки гіпертими непосидючі й енергійні, бесіду краще провадити у жвавому темпі, довго не затримуючися на одній темі та частіше передаючи ініціативу в розмові самому підліткови (але не забувайте про дистанцію, котру гіпертим може легко порушити, перейти на панібратський стиль спілкування).

Протипоказаний дріб'язковий контроль, який може викликати бунт, аж до втечі з дому чи зі школи. Але неприпустимі й відсутність контролю, безнаглядність, а головне – незацікавленість його справами й захопленнями. Гіпертим дуже тонко відчуває, що старшим (педагогам, батькам) не до нього, що вони виконують свої обов'язки лише формально. Таке ставлення провокує асоціальну поведінку гіпертимів.

Завдання дорослих та батьків – підшукати для підлітка гіпертимного типу цікаву справу, захопити його якимось заняттям (спортивною секцією, туристичним клубом тощо).

Психотехнічні вправи

«Повний порядок»

Візьміть собі за правило – періодично наводити лад серед своїх речей, книг, підручників, записів. Для початку наведіть елементарний порядок у себе на столі. Встановіть кожному предмету конкретне місце й надалі намагайтеся класти його саме туди.

«Навести лад у думках» ви зможете за допомогою щоденника або щотижневика, куди слід записувати основні справи дня, що чекає попереду, і ввечері перевіряти, чи все виконали із задуманого. Прагніть здійснити все заплановане.

«Кінець - ділу вінець»

Спробуйте одну, бодай маленьку справу закінчувати. Визначте черговість і беріться за виконання. Пам'ятайте: на все свій час. Доки ви не закінчите роботи – жодних розваг, гостей, смачних страв, приємних занять.

Хай це буде лише раз на тиждень, але обов'язково одну справу доводимо до завершення.

«Планування»

На аркуші паперу запишіть усі свої плани на наступний день. Тепер поміркуйте й закресліть те, що ви навряд чи зможете виконати. Ще раз перегляньте пункти, які залишилися. Коли не виникло бажання ще щось закреслити, залишіть без змін.

А тепер головне – все, що залишилося, треба виконати. Привчайте себе здійснювати заплановане. Краще менше планувати, але все виконувати.

Рекомендуємо скласти такий же план на наступний тиждень, місяць, рік так само попрацювати з ним.

Істероїд

Істероїда видно з раннього дитинства. Милий малюк у центрі кімнати в присутності великої кількості дорослих, незнайомих йому людей без тіні ніяковості декламує вірші, співає нехитрі пісеньки, демонструючи і свої таланти, і своє вбрання. Головне для підлітка в цей момент – захопленість ним іншим.

Коли всі гості сіли за святковий стіл і забули про нього, він неодмінно спробує ще і ще раз звернути на себе загальну увагу. В разі невдачі він просто перекине на скатерку склянку чи розіб'є блюдце. Його починають сварити, він влаштовує істерику, але він домігся свого – знову загальна увага, хай і такою ціною.

Домінуючі риси характеру: демонстративність, тобто прагнення бути постійно в центрі уваги, причому іноді будь-якою ціною, безмежний егоцентризм, ненаситна жадоба постійної уваги до себе, захоплення, подиву, шанування, поклоніння.

Привабливі риси характеру – завзятість та ініціативність, комунікабельність і цілеспрямованість, кмітливість й активність, яскраво виражені організаторські здібності, самостійність і готовність узяти на себе керівництво, енергійність, хоча він швидко видихається після сплеску енергії.

Відразливі риси характеру: здатність до інтриг і демагогії, брехливість і лицемірство, задерикуватість і відчайдушність,

необдуманий ризик (але лише в присутності глядачів), хвальба неіснуючими успіхами, врахування тільки власних бажань, надто завищена самооцінка, образливість, коли зачіпають його особисто.

Вразливе місце цього психотипу: нездатність переносити удари по егоцентризму, викриття його вигадок, а тим більше їх висміювання – це може призвести до гострих афективних реакцій, включаючи удавання суїцидних спроб.

Особливості спілкування і дружби. Через особливості свого характеру істероїд постійно потребує численних глядачів. У принципі – це основна форма його життя (життя на людях і для людей). Але він спілкується, як правило, тільки з тими, хто виражено чи невиражено показує своє захоплення ним, обожає його здібності й талант. Коли таких людей мало, істероїд докладає чимало зусиль, аби коло його шанувальників стало значно ширшим.

Істероїди дуже вибіркові, вони прагнуть дружити лише з відомими людьми, щоб частина їхньої слави діставалась і їм, або з людьми, які в чомусь їм програють, аби ще більше відтінити свої здібності.

Ставлення до навчання і роботи. Навчання для істероїда – часто лише привід для спілкування, можливість проявити себе серед людей. До школи він ходить не вчитися, а спілкуватися, саме від цього він отримує основне задоволення. Щоб привернути увагу, йому доводиться не просто добре вчитися, а вчитися краще від усіх, дивувати вчителів своїми здібностями до різних предметів.

У принципі істероїд – обдарована, талановита людина, йому легко оволодіти професіями, пов'язаними з художньою творчістю. Найкраще йому працюється самостійно, поза колективом та обов'язковими рамками.

Рекомендації

Конфліктогенні ситуації:

які навмисне чи несамохіть зачіпають самолюбство істероїда; бодай найменша байдужість з боку оточуючих людей, тим більше свідоме ігнорування його особистості:

- критика його досягнень, таланту чи здібностей;
- коли він змушений бути самотнім або звужувати коло свого спілкування, шанувальників;
- коли неможливо виявити себе повною мірою;
- коли він опиняється в безглуздому чи смішному становищі;

– коли нема жодної яскравої події а головн – можливості виявити свої здібності;

– у яких доводиться перебувати в постійному психічному чи фізичному напруженні.

Основна мета *педагогічної допомоги* цьому психотипу – поступово подолати прагнення бути в центрі уваги інших.

Потрібно виробити в підлітка уявлення про «демонстративність» своєї поведінки як домінуючої риси характеру, а також уміння розпізнавати її в інших. Для цього потрібно, використовуючи не директивну взаємодію, поступово вчити підлітка осмислювати свої мотиви, шукати і шляхи раціонального задоволення своїх бажань. Сприяє цьому читання літератури або перегляд фільмів, де зображено персонажі з яскраво вираженою істероїдною поведінкою.

Подолання егоцентризму є найважчим завданням. Під час бесід дорослі та батьки повинні пробуджувати інтерес дитини до своїх товаришів, рідних, близьких, до інших людей. Потрібно заохочувати розповіді про інших, про їхні успіхи та обдарування.

Враховуючи підвищене самолюбство та егоцентризм таких підлітків, необхідно дати вихід їх егоцентричним устремлінням у соціально корисній діяльності з опорою на їхні справжні здібності (участь у проведенні вечорів тощо).

Психотехнічні вправи

«Флегматик»

Вам не важко перевтілитися в людину іншого темпераменту, наприклад флегматика. Візьміть собі за правило якийсь час бути флегматиком. Говоріть рівним і тихим голосом, повільно і спокійно обмірковуючи свої слова. Так само стримано поведітьтеся з людьми.

Почніть із 10 хв протягом дня й доведіть цей час до 2-3 годин. Обов'язково проаналізуйте ті відчуття й почуття, які ви мали спілкуючися з людьми в ролі флегматика.

«Репортер»

Ще одна популярна роль – репортер (спеціалізацію виберіть самі). А тепер спокійним, рівним голосом передавайте інформацію в редакцію. Можна це робити й письмово.

Грайте роль репортера двічі-тричі на день, особливо тоді, коли ви захочеться розповісти про своє чергове видатне досягнення.

«Тимурівець»

Нагадуємо, що герой повісті А. Гайдара, хлопчик на ім'я Тимур, багатьом людям робив добрі діла, але нікому про це не говорив. Отже, кілька разів на день ви гратимете роль Тимура або його друзів.

Зробіть комусь щось хороше, але так, щоб людина не дізналася, що це зробили саме ви. І постарайтеся (хоча це буде важко для вас) нікому не говорити про це. Простежте за реакцією того, кому ви зробили загадкову приємність, разом із ним здивуйтеся і порадійте, але нізащо не кажіть, хто це зробив.

«Попелюшка»

Як би вам не було важко, але підчас веселої вечірки або в товариській компанії цілу годину (краще – дві, а ще краще – три) намагайтеся сидіти збоку, мовчки спостерігаючи за всім, що відбувається. Вас, звичайно, проситимуть узяти найактивнішу участь у загальних веселощах, але пошліться на втрату «кришталевого черевичка» й залищтеся у тіні.

При цьому поспостерігайте за присутніми. Як вони поведуться? Що роблять? Як розмовляють? Чи не пізнаєте ви себе в декому з них? Коли так, то, може, щось захочете змінити й у собі?

Шизоїд

З перших шкільних років такі діти полюбляють гратися самі, мало тягнуться до однокласників, уникають шумних дитячих забав, віддаючи перевагу товариству старших дітей.

У підлітковому віці впадає у вічі їхня замкнутість і відгородженість у поєднанні з невмінням співпереживати.

Домінуючі риси характеру: інтровертованість, тобто фіксація інтересів на явищах свого внутрішнього світу, за котрими визнається вища цінність. Це яскраво виражений мислительний тип, який постійно осмислює навколишню дійсність. При цьому він самостійно створює схеми аналізу й намагається за їх допомогою пояснити існуючий світ.

Привабливі риси характеру: серйозність, не метушливість, небагатослівність, стійкість інтересів і постійність занять.

Це, як правило, талановиті, розумні й невибагливі школярі. Шизоїд дуже продуктивний, може довго трудитися над своїми ідеями, але не пробиває їх, не втілює в життя.

Відразливі риси характеру: замкнутість, холодність, безпристрасність.

Шизоїд слабо енергійний, малоактивний при інтенсивній роботі – як фізичній, так інтелектуальній. Емоційно холодний, майже не виражає емоцій: не сумує й не тішиться, не сердиться і не сміється. Він байдужий до чужої біди, може бути дуже жорстоким. Але його егоїзм не усвідомлений, він просто не помічає чужого горя. Водночас шизоїд може бути й сам дуже вразливим, оскільки самолюбивий. Не полюбляє, коли критикують його систему.

Вразливе місце цього психотипа: не переносить ситуацій, у яких потрібно встановити неформальні емоційні контакти; не терпить втручання сторонніх людей у його внутрішній світ. Він в основному не помічає багато речей матеріального світу. Але все ж він потребує спілкування, яке мусить бути глибоко змістовним. Коло людей, з якими він спілкується, дуже обмежене, як правило, ці люди старші за нього. Для шизоїда характерна самодостатність у сфері взаємин, йому може вистачити спілкування з самим собою та однією людиною.

Другом шизоїда може бути людина, яка добре розуміє його особливості, здатна не звертати уваги на його дивацтва, замкнутість, інші негативні риси характеру. Але якщо шизоїд когось вважає своїм другом, то часто стає настирливим, набридливим, прискіпливим, вимагає до себе особливої уваги.

Ставлення до навчання і роботи. Шизоїд може бути дуже здібним і навіть талановитим, але він вимагає індивідуального підходу, оскільки відзначається особливим баченням світу, своєю, не схожою ні на чию точкою зору на звичайні явища й предмети. Шизоїд може вчитися дуже багато, але не систематично, оскільки йому важко виконувати узвичаєні вимоги, та ще не ним самим придуманими схемами.

Тому якщо шизоїд бачить, що дорослий оцінює результат його роботи, а не формальне дотримання обов'язкових правил, то він може виявити весь свій талант і всі здібності. Якщо ж дорослі та батьки вимагають від дітей цього психотипу, наприклад розв'язання задач суворо визначеним способом (адже так пояснювали на уроці), тоді такий підліток може бути відстаючим, незважаючи на те, що йому цілком під силу розв'язати ці задачі кількома оригінальними способами. Це стосується не лише математики, а й інших навчальних предметів.

Шизоїд – найчастіше науковий працівник, наприклад математик-теоретик або фізик-теоретик.

Рекомендації

Конфліктогенні ситуації:

- які вимагають зміни стереотипів, звичок поведінки;
- у яких необхідно встановлювати неформальні контакти з оточуючими, навіть близькими людьми;
- коли необхідний душевний контакт, щира розмова;
- коли доводиться керувати іншими людьми;
- колективної чи групової діяльності;
- у яких необхідно виконувати інтелектуальну роботу за наперед даними схемами й правилами.

Установити контакт з цим типом підлітків із метою надання їм педагогічної допомоги важко. Багато з них зовсім не терплять спроб «залізити в душу». Тому при налагоджуванні контакту слід уникати зайвої наполегливості, натиску. Це може сильно вразити дитину, тоді вона замкнеться і ще більше заглибиться у свій внутрішній світ.

На початку бесіди доцільно використати прийом «анонім – обговорення», коли вибирається факт із життя класу, школи, міста, країни та обговорюється з дитиною, щоб з'ясувати й уточнити основні життєві позиції підлітка.

Головною ознакою встановлення контакту, подолання психологічного бар'єру, переходу до неформального, особистісного спілкування є той момент, коли шизоїд починає говорити сам, за власною ініціативою, висловлюючи певні судження, підкреслюючи свою точку зору на ту чи іншу проблему. Зупинити його в цей момент не варто, оскільки чим більше він говорить, чим більше розкриває свій внутрішній світ, тим легше спрямувати подальшу частину розмови в потрібне русло.

Організуючи навчальний процес, потрібно враховувати глибокий інтерес до якоїсь науки та широкі знання дитини в цій галузі, створювати підліткові умови для реалізації знань. Ефективними є індивідуальні завдання з урахуванням сфери інтересів дитини, причому ці завдання можуть бути високого ступеня складності. Для розвитку комунікативних здібностей шизоїдів потрібно залучати до різних групових та колективних форм діяльності, наприклад до командних спортивних ігор.

Психотехнічні вправи

«Оратор»

Під час бесід і розмов зі своїми друзями свідомо прагніть бути Оратором (саме з великої літери). Для цього вам треба говорити

голосно, чітко, використовуючи різні ораторські прийоми, щоб привернути увагу співрозмовників. Не забудьте, що ваше мовлення має бути зрозумілим для співрозмовника (час від часу запитуйте його: «Ти розумієш, що я кажу?»).

«Масовик-витівник»

У дружній компанії чи на вечірці не сидіть збоку, в черговий раз обмірковуючи власні думки, а спробуйте зіграти роль масовика-витівника. Запропонуйте всім учасникам вечірки якусь гру або інше цікаве заняття. Важливо не просто запропонувати гру, але й організувати її проведення привернути якомога більше людей.

Звісно, спочатку вам буде дуже важко, проте перший же успіх відразу ж окрилить вас, ви відчуєте радість від спілкування з людьми.

«Співпереживання»

Під час розмови спробуйте відчути стан співрозмовника, уявити, що він відчуває, спілкуючись із вами. Можна про це безпосередньо запитати його: «Тобі цікаво?», «Ти не втомився?», «Може, хочеш відпочити?».

Психостеноїд

У дитинстві поряд з деякою боязкістю і лякливістю в таких дітей проявляється схильність до розмірковувань і передчасні «інтелектуальні інтереси». У ранньому ж віці виникають різні фобії – боязнь незнайомих людей, нових предметів, темряви, страх залишитися самому вдома або за зачиненими дверима тощо.

Критичним періодом, коли психастенічні риси починають проявлятися з особливою силою, є початок навчання в школі. Це пов'язане з необхідністю відповідати за себе, а тим більше за інших, що є для психастеніка одним із найважчих завдань.

Домінуючі риси характеру: невпевненість і тривожна помисливість, побоювання за майбутнє своє та своїх близьких.

Привабливі риси характеру: охайність, серйозність, сумлінність, розважливість, самокритичність, рівний настрій, вірність даному слову, надійність.

Відразливі риси характеру: нерішучість, певний формалізм, безініціативність, схильність до нескінченних роздумувань, самокопання, наявність нав'язливих ідей, страхів. Причому страхи в основному стосуються можливої події, навіть маловірогідної в майбутньому, за принципом «як би чого не вийшло» (раптом мене чи моїх рідних покусав собака чи я захворію або одержу двійку тощо).

Тому психастеноїд так вірить у прикмети: вставати треба лише з правої ноги; коли спіткнеться лівою ногою, то обов'язково сплюне тричі через ліве плече і т. д., вважаючи такі «заходи» чи не панацеєю від усіх бід.

Іншою формою захисту від постійних страхів є свідомий формалізм і педантизм, які ґрунтуються на ідеї, що коли все ретельно продумати, передбачити, а потім діяти, ні на крок не відступаючи від плану, то нічого поганого не трапиться, все обійдеться.

Таким підліткам дуже важко прийняти будь-яке рішення, вони весь час сумніваються, чи всі обставини та можливі наслідки враховані. При цьому вони думають уже не про те, як домогтися успіху, а про те, як уникнути можливих невдач і неприємностей. Та коли рішення все-таки приймається, психастенік починає діяти негайно, тому що боїться самого себе – «раптом передумаю».

Вразливе місце цього психотипу: острах відповідальності за себе й за інших.

Особливості спілкування й дружби: психастеноїд сором'язливий, боїться встановлювати нові контакти. У стосунках зі старшими, друзями цінує саме глибокий особистий контакт, друзів у нього небагато, але ця дружба «навіки». Пам'ятає найменші подробиці взаємин і щиро вдячний за увагу до себе.

Ставлення до навчання й роботи: Психастеноїд тривалий час здатен працювати, не підводячи голови, виявляючи невластиві йому цілеспрямованість, наполегливість і посидючість, оскільки боїться засмутити близьких поганими оцінками. Довго звіряє отриманий результат із довідниками, словниками, енциклопедіями, зателефонує другові, запитає в нього.

Психастеноїд, як правило, підлеглий, який охайно й точно виконає будь-яку роботу, якщо завдання конкретне, і одержана робота чітко регламентує порядок його виконання. Таким людям до душі тиха, охайна, спокійна робота, наприклад бібліотекаря, лаборанта, домашня.

Рекомендації:

Конфліктгенні ситуації:

- потреба приймати самостійні рішення;
- швидке переключення з одного заняття на інше;
- виконання завдань без чітких вказівок та інструкцій;
- сильне занепокоєння чи страх;
- безпосередня критика самого підлітка або його поведінки;

– тривалі фізичні або психологічні перевантаження.

Психологічна допомога цьому психотипові спрямована на подолання почуття нерішучості, іноді навіть меншовартості, закомплесованості. Потрібно допомогти підліткові звільнитися від безпідставних сумнівів і боязні, які дуже ускладнюють його життя.

Тому під час спілкування з цим психотипом не слід постійно апелювати до його почуття відповідальності, необхідно підтримувати кожен позитивний почин, у жодному разі не можна висміювати чи ігнорувати ініціативу такої дитини.

Під час встановлення контакту спочатку підбадьорити підлітка, надати йому можливість згадати й розповісти про ті ситуації, у яких він зміг проявити себе досить рішучою людиною. Коли встановляться довірливі стосунки, можна обговорити й побоювання, які заважають йому приймати рішення. При цьому разом із ним детально розглянути можливі наслідки, наприклад, що може статися і чим це загрожує самому підліткові чи його рідним.

Під час бесіди слід заохочувати рішучі вислововлювання підлітка, його готовність самостійно приймати рішення і надалі діяти згідно з ними.

Сприятливими є ситуації спокійної, наперед регламентованої роботи, коли немає потреби самостійно приймати рішення.

Психотехнічні вправи

«Ризик – справа благородна»

Як правило, ви довго й серйозно обдумуєте кожне більш-менш важливе рішення. Напевно, це розумно, але дозвольте собі іноді безрозсудні вчинки, ризикніть і, найголовніше, не засмучуйтесь, якщо не отримаєте бажаного результату, адже життя таке захоплююче й цікаве.

Візьміть за правило хоча б раз на день (тиждень) здійснювати ризикований вчинок (хай зовсім маленький, але обов'язково).

«Рішучість»

Якщо ви опинилися в ситуації, коли вам потрібно прийняти якесь не дуже принципове рішення, робіть це одразу, рішуче й безповоротно, не розпочинайте звичні для вас розмірковування. Обмежтеся лише однією хвилиною роздумів (краще, коли це буде 30 секунд). Приймавши остаточне рішення, нізащо не відступайте від нього. Постарайтеся перевести якомога більше ваших справ до категорії «не дуже принципових», щоб їх виконання не залежало від тривалих роздумів.

«Внутрішній голос»

Під час прийняття хоч якоюсь мірою важливого рішення вам часто доводиться прислухатися до різних внутрішніх голосів, які радять зовсім протилежне. Один каже, наприклад: «Не ходи сьогодні гуляти, на вулиці холодний вітер, можеш застудитися і захворіти». Інший голос умовляє: «Піди погуляй, свіже повітря дуже корисне для здоров'я».

Такий діалог може тривати дуже довго. Навчіться приймати рішення. Причому це слід робити якомога швидше, на перших же хвилинах цього внутрішнього діалогу. І якщо ви прийняли точку зору одного з цих внутрішніх голосів, треба діяти відповідно до неї, наприклад іти гуляти.

Сензитив

З ранніх літ дитина ляклива, боїться самотності, темряви, тварин, особливо собак. Уникає шумних і активних ровесників. Але вона досить комунікабельна з тими, до кого вже звикла, любить гратися з малюками, чуває із ними впевнено й спокійно.

Дуже прихильний до рідних та близьких, це «домашня дитина»: намагається менше виходити з дому, не любить ходити в гості, тим більше їздити далеко, наприклад до іншого міста, навіть коли там проживає рідна бабуся.

Домінуючі риси характеру: підвищена чутливість, вразливість, почуття власної неповноцінності. Сензитиви боязкі й соромливі, надто при сторонніх людях і в незвичній для них обстановці. У собі вони вбачають безліч недоліків, особливо в морально-етичній та вольовій сферах.

Привабливі риси характеру: доброта, спокійність, уважність до людей, почуття обов'язку, висока внутрішня дисциплінованість, відповідальність, самокритичність, підвищені вимоги до себе. Сензитив прагне подолати свої слабкі сторони.

Відразливі риси характеру: поміркованість, лякливість, замкнутість, схильність до «самоз'їдання» і самоприниження, розгубленість у важких ситуаціях, підвищена образливість і конфліктність на ґрунті завданих сензитиву образ.

Вразливе місце цього психотипу: не переносить насмішок або підозри інших у непорядних вчинках, не терпить недобррозичливої уваги або публічних звинувачень.

Особливості спілкування й дружби. Сензитиви охоче йдуть на контакт із вузьким колом людей, котрі викликають у них особливі симпатії.

Водночас вони всіляко уникають знайомств і спілкування з людьми надто меткими й невгамовними. Постійна потреба поділитися своїми переживаннями та відчуттями реалізується в спілкуванні зі старими друзями.

Ставлення до навчання і роботи. Сензитиви вчаться через небажання засмучувати своїх рідних і викладачів, а також через певний страх перед контрольними, заліками, екзаменами. Відповідати коло дошки бояться й соромляться, щоб не набути репутації вискочки. Але при доброзичливому ставленні з боку педагогів вони можуть показати прекрасні результати. Школа їх часто лякає своїм гамором, метушнею й активністю дітей під час перерви, їм хочеться в цей час усамітнитися. Звикнувши до одного класу, вони страждають, коли доводиться переходити в інший колектив, тим більше – в іншу школу.

Робота для сензитива - щось другорядне, а головне – це теплі й добрі взаємини з колегами, ставлення до нього керівника, тому він може бути ретельним і відданим секретарем-референтом, машиністкою, помічником тощо.

Рекомендації

Конфліктогенні ситуації:

- несправедливі звинувачення у непорядних вчинках;
- критика, насмішки над ним чи його поведінкою,
- відкрите суперництво;
- постійні контрольні перевірки його діяльності, недовіра;
- вимушена самотність, неможливість поділитися своїми переживаннями з другом.

Основною метою педагогічної допомоги цьому психотипові є поступове підвищення самооцінки, подолання почуття власної меншовартості.

Сензитивні підлітки нелегкі для встановлення контакту, але природна потреба поділитися своїми потаємними переживаннями в них буває достатньо сильною. Тому з ними потрібно проводити багаторазові бесіди з детальним розбором і аналізом ситуацій, які допомагають підліткам усвідомити свою поміркованість і хибне почуття меншовартості.

Важливо створювати ситуації самоутвердження в тих сферах діяльності, де вони можуть виявити себе найповніше і природно.

Та разом із тим слід допомагати утверджуватися і в тих сферах, де підліток почувається найслабшим. І в сім'ї, і в класі потрібно створювати ситуації, які стимулюють переконаність підлітка в тому, що він потрібен іншим.

У сім'ї при спілкуванні з дітьми цього психотипу протипоказана надмірна опіка, дріб'язковий контроль за кожним їхнім кроком, за кожною хвилиною. Безперервні заборони, неможливість прийняти навіть простенькі рішення, тим більше насмішки з боку найближчих людей не дозволяють ним навчатися на власному досвіді, не привчають до самостійності.

Психотехнічні вправи

«Цілковитий спокій душі»

Коли ви непевні в собі чи боїтеся чогось, згадайте приємну подію, те відчуття, яких ви зазнали. Налаштуйтеся на стан «цілковитого спокою душі» й постарайтеся перебувати в ньому якомога довше. Якщо у вас це вийшло хоча б один раз, запам'ятайте цей стан, щоб наступного разу, коли ви почнете відчувати боязнь, непевність у собі, згадати пережиті відчуття і ввійти в них знову.

«Кіногерой»

У складній ситуації вам найкраще уявити себе кіногероем – сильним, упевненим у собі, якому все й завжди вдається. Увійдіть у цей образ і дійте так само, як він, ваш кіногерой. Розмовляйте голосно й чітко, ходіть упевнено, з почуттям власної гідності, адже за вами стежать ваші шанувальники.

Поводьтеся так доти, поки не мине почуття страху та непевності у власних силах. А втім залишайтеся в цьому образі якомога довше, це допоможе вам подолати зайву ніяковість і підвищити власну самооцінку.

«Ширше коло»

У вас є кілька дуже близьких друзів, і вам приємно з ними бути, розмовляти про свої інтереси й захоплення. Але вам слід розширювати коло своїх знайомих. Для цього треба хоча б раз у день розпочати розмову з новою для вас людиною. Мабуть, це для вас спочатку буде важко, але спробуйте зробити перший крок назустріч людям.

«Жарт у відповідь»

Багато неприємних хвилин вам завдають насмішки над вами, жарти однокласників та інших людей. Як ви на них реагуєте? Ніяковієте, прикро ображаєтесь, заглиблюєтесь у себе?

Від сьогодні спробуйте на насмішки та жарти відповідати тим же, тільки не слід робити цього озлоблено, намагайтеся бути добродушним. А для того, щоб у вас завжди напохваті було кілька справді гарних жартів, почніть збирати веселі оповідання, історії, анекдоти.

Гіпотим

Маленькою така дитина майже завжди млява, живе без особливих радощів, ображена на всіх і передусім – на своїх батьків. На обличчі в неї часто вираз невдоволення, образа через те, що не зробили так, як вона хотіла.

Домінуючі риси характеру: постійно поганий настрій, схильність до депресивних афектів. Настрій постійно змінюється, але ці зміни зі знаком «мінус». Тому настрої практично завжди поганий.

Привабливі риси характеру: сумлінність і гострий критичний погляд на світ. Прагне частіше бути вдома, створюючи затишок і тепло, тим самим уникає зайвого хвилювання.

Відразливі риси характеру: образливість, ранимість, постійна нудьга, схильність шукати в собі прояви різних хвороб, майже повна відсутність інтересів та захоплень.

Низька енергетичність виражається у швидкій втомлюваності, часто впадає в апатію, з'являються сумні думки, через це справді зазнає невдач, до цього звикає, скаржачись оточуючим на долю, на несправедливе ставлення до себе та ін.

Вразливе місце: відкрита незгода у сприйнятті дійсності.

Особливості спілкування й дружби. Часто й надовго ображається на інших, зокрема своїх друзів. Але при цьому гостро потребує спілкування, щоб була можливість скаржитися на своє життя, на те, що інші не зрозуміли, не оцінили. Подобається розповідати іншим про ті складні обставини, у яких опинилася, наприклад, в університеті непорозуміння з викладачкою. На всі поради з боку співрозмовника наведе багато аргументів, чому наявну ситуацію неможливо змінити, а самій буде тільки гірше, коли візьметься це зробити.

Дружити з нею дуже важко насамперед через те, що в кожній людині вона спочатку вбачає можливу причину погіршення свого настрою.

Ставлення до навчання і роботи: може виявити себе в доброму завчуванні матеріалу, ретельному виконанні завдання, але сам зміст їх особливо не цікавить. Роблять вона це через боязнь поганої оцінки. Як правило, вчаться посередньо або погано; постійно хворіючи й посилаючися на нездужання, пропускають уроки, найчастіше з фізкультури та трудового навчання і з тих предметів, викладачі яких не беруть до уваги посилянь на поганий настрій.

Звичайно завжди невдоволена роботою, що б йому не пропонували виконати. Він постійно скаржиться на людей, на обставини, просить дати йому інше завдання. Проте картина повторюється, оскільки він передусім бачить недоліки, негативні моменти в організації виробництва чи в оточенні. Йому важко постійно займатися однією справою. Залишаючи колектив, він звичайно в усьому звинувачує інших, скаржиться на погане ставлення до себе.

Конфліктогенні ситуації:

- вимушена самотність, коли поруч нема людини, з якою можна поділитися своїми бідами та страхами;
- критика його самого та його поведінки;
- недостатня увага до його життя, настрою;
- тривале фізичне та психічне навантаження;
- мимовільні зміни способу чи умов життя, тим більше якщо це відбувається досить часто;
- вимушена турбота про своє здоров'я, наявність симптомів нездужання.

Основною метою допомоги цьому психотипові є створення ситуацій успіху, усунення тиску й жорсткої критики, частих вказівок на його помилки. У таких підлітків постійно поганий настрій, тому при встановленні контакту з ними слід хоч трохи покращити його, розповівши чи нагадавши їм якусь смішну історію, випадок. Потім доцільно звернути увагу на безпідставність образ стосовно інших людей.

Одним із основних завдань роботи з таким підлітком є переорієнтація його внутрішньої установки «Всі навколо погані, і я теж слабкий» на інше світовідчуття – «Хороших людей значно більше, і я теж хороший».

У сім'ї до них потрібно ставитися обережно й тактовно, ні в якому разі не ображаючись, а допомагаючи їм побачити світ радіснішим і чистішим.

Психотехнічні вправи

«Переможець»

Спробуйте сприймати навколишній світ з позиції переможця, якому все вдається у житті, який ніколи не програє, усім задоволений, налаштований на активні дії.

У цій ролі треба спочатку «жити» кілька хвилин, потім годину й більше. Доведіть цей час до 2-3 годин на день. При цьому спробуйте усвідомити реальні переваги, які має людина, котра відчуває себе переможцем.

«Блазень»

Свідомо грайте роль блазня в кожній компанії, де вам доводиться бути. Розповідайте веселі історії (вам доведеться їх завчити або придумати), розучуйте смішні пісеньки з друзями, розказуйте анекдоти (хоч це, зрозуміло, дається вам важко).

При цьому вам слід постаратися відчувати себе комфортно, хоча спочатку це буде нелегко. Але кожною нагодою вам слід користуватися, аби ще і ще зіграти роль блазня. Ця роль допоможе вам побачити, що світ не такий уже й похмурий, а люди не такі й погані.

«Похвала, або Я дуже хороший»

Плануючи будь-яку роботу, старайтеся поділити її на дрібні етапи. Після виконання чергового етапу хваліть себе за всяку дрібницю.

І так щоразу: закінчено етап «Я хороший, я дуже хороший».

«Мої чесноти»

На великому аркуші паперу складіть список «Мої чесноти» й помістіть його на видному місці. Регулярно (спочатку раз на день, а потім рідше) поповнюйте перелік своїх гарних рис. Для цього треба дуже ретельно вивчати себе, свої особливості, уважно вглядатися у свої звички і вчинки.

Якщо одразу не можете знайти в собі чергової чесноти (гарної риси вдачі), зверніться одразу до найближчих людей, до тих, кому ви особливо довіряєте й чия думка багато важить для вас, а пізніше – до різних людей. Вони вам допоможуть відшукати ваші привабливі риси. Все те добре й хороше, що вони про вас говоритимуть, заносьте до категорії «Мої чесноти».

Конформний тип

Цей тип характеру зустрічається досить часто. Дитина згоджується з усім, що їй пропонує найближче оточення, але варто їй зазнати впливу іншої групи, як вона тут же змінює своє ставлення до тих самих речей на протилежне. Такий підліток ніби втрачає своє ставлення до світу, його судження й оцінки повністю збігаються з думкою тих людей, з якими він у даний момент спілкується. Причому він не виділяється, не нав'язує своєї особистої думки, а просто репрезентує «масу», яка згодна з лідером.

Домінуючі риси характеру: постійна й надмірна пристосовність до свого безпосереднього оточення, майже цілковита залежність від малої групи (сім'ї, компанії), куди він на цей момент входить.

Життя йде за гаслом «Думати, як усі, робити, як усі, щоб все було, як у всіх». Це поширюється і на стиль одягу, і на манеру поведінки, на погляди з найголовніших проблем.

Ці підлітки прив'язуються до групи ровесників і беззастережно приймають систему її цінностей, якими б ці цінності не були, без критики. Тому їх найближче майбутнє багато в чому визначається характером і спрямованістю групи, до якої вони на цей момент входять.

Привабливі риси характеру: дружелюбність, ретельність, дисциплінованість, поступливість. У групі вони не є винуватцями конфліктів, оскільки приймають стиль життя групи без усякого критичного осмислення, ними зручно командувати.

Вони слухають розповіді товаришів про «подвиги», погоджуються з тими пропозиціями, які надходять від лідерів, охоче беруть участь у «пригодах», хоч потім можуть і розкаятися. Власної сміливості й рішучі щось запропонувати їм, як правило, бракує, проте, коли в групі модно бути «хоробрими», вони можуть стати «хоробрими».

Відразливі риси характеру: несамотійність, безвільність, майже цілковита відсутність критичності як щодо себе, так і щодо свого найближчого оточення, що може стати причиною аморальних учинків.

Та коли група, що є для підлітка значимою на цей момент, має позитивну спрямованість, то й він може досягти серйозних успіхів наприклад займаючись у якійсь секції.

Вразливе місце цього психотипу: не пересить різких змін, зламу життєвого стереотипу. Позбавлення звичного оточення може викликати реактивні стани.

Особливості спілкування й дружби. Конформний тип легко встановлює контакти з людьми, при цьому наслідує тих, кого вважає лідерами. Але дружні стосунки дуже непостійні, залежать від ситуації, яка складається. Такі підлітки не прагнуть першості серед друзів, не виявляють інтересу до нових знайомств.

Самою групою вони сприймаються як безбарвні, малоцікаві люди, котрі готові слухатися інших і мало що здатні запропонувати самі.

Ставлення до навчання й роботи. У навчанні конформний тип виявляє себе так само, як і в усьому іншому. Коли його оточення, група, куди він входить, навчається добре, то й він докладе всіх зусиль, аби не відстати від своїх друзів. Коли ж група нехтує навчанням, прогулює уроки, то й він буде поводитися так само. Це не дає йому можливості повно розкрити всі свої здібності.

До роботи він ставиться залежно від настрою групи: може бути дуже працьовитим і ретельним, виконувати доручення творчо й винахідливо, а може й ухилятися від роботи, виконувати все формально. Все залежить від оточення.

Рекомендації

Конфліктогенні ситуації:

- вигнання зі «своєї» групи дітей, до яких він був особливо прихильним;
- засвоєння нових видів діяльності без зразків або лідерів;
- прийняття самостійних рішень без опори на думки значимих людей;
- знайомство з новими людьми, коли треба проявити себе, свої особисті якості;
- пряма суперечливість між думками двох груп, до яких підліток входить одночасно.

Основною метою *допомоги* цьому психотипові є створення умов, за яких підліткові доводиться виявляти самостійність, стійкість у відстоюванні своїх позицій.

Так, під час дискусії в класі треба дати йому можливість висловлюватися одним із перших, щоб він зміг підкреслити свою точку зору. Коли ж підліток говоритиме останнім, то найвірогідніше, що він повторить точку зору одного з лідерів своєї групи.

Причому кожен більш-менш серйозний випадок прояву самостійності треба помітити й заохотити.

Педагогові та батькам слід бути особливо уважними до соціального мікросередовища, оскільки, потрапивши до поганої компанії, підліток дуже швидко засвоює всі звички, норми, манери поведінки і стиль спілкування такої групи. Насильне відлучення від цієї компанії не дає позитивних результатів. Значно доцільніше залучити підлітка до мікрогрупи з позитивною спрямованістю.

Психотехнічні вправи

«Лідер»

У компанії своїх друзів постарайтеся частіше бути лідером. Наперед придумайте справу, яка буде цікавою для всіх, а потім організуйте товаришів на її виконання. При цьому дійте, спираючися на власне уявлення, а не груповий тиск.

Якщо зразу не вдається бути лідером уже сформованої групи, куди належите й ви, то, можливо, вам слід подумати й зібрати навколо себе власну групу. В ній ви зможете бути повноправним лідером. Лише для цього слід виявити ініціативу, самостійність, подумати самому, чим привабити одного-двох товаришів до себе, чим зацікавити їх. Спробуйте.

«Власна думка»

Візьміть якусь цікаву для вас і ваших друзів книгу (або подивіться фільм, яким вони захоплюються), ще раз уважно прочитайте її й обов'язково складіть власну думку про неї. Чітко й конкретно формулюйте положення, які вам особливо сподобалися, і ті, котрих ви не приймаєте. Тільки обов'язково чітко й конкретно.

Потім починайте з усіма, найперше з членами своєї групи, вести бесіду про цю книгу. Питайте співрозмовників про те, що їм сподобалося, що вони запам'ятали, й обов'язково говоріть про свою точку зору, не погоджуйтеся з іншими, відстоюйте власну позицію, як би тяжко вам не було.

Через два-три тижні знайдіть новий об'єкт для вироблення власної думки: відеофільм, останній запис рок-групи, цікаву статтю в газеті, журналі, популярну телепередачу та ін.

Нестійкий тип

З дитинства неслухняні, непосидючі, всюди лізуть, але при цьому боягузливі, бояться покарань, легко підкоряються іншим дітям. Такий тип акцентуації характеру часто формується в дітей, які перенесли травму мозку. Тому до них потрібен особливо тактовний підхід.

Домінуюча риса характеру: цілковита непостійність проявів. На відміну від конформного психотипу, нестійкий залежить не від групи інших його людей, а від будь-якої людини, яка цієї хвилини була поруч із ним. Його ніщо не може втримати, він зазнає впливу цієї людини.

Привабливі риси характеру: товариськість, відвертість, послужливість, доброзичливість, швидкість переключення у справах і спілкуванні.

Часто зовні такі підлітки слухняні, готові щиро виконати прохання дорослих, але ця готовність швидко зникає, а через деякий час (іноді зовсім незначний період) вони або забувають про те, що обіцяли, або лінуються і придумують безліч причин, які пояснюють неможливість виконати обіцяне.

Відразливі риси характеру: безвільність, тяга до порожнього гаяння часу й розваг, балакучість, хвалькуватість, лицемірство, боягузтво, безвідповідальність.

Вразливе місце цього психотипу: безнаглядність, безконтрольність, які іноді ведуть до серйозних наслідків.

Особливості спілкування й дружби. Підлітки цього типу пасивні, намагаються уникати конфліктів. Контакти в цілому безладні та безцільні. Вони можуть одразу входити до складу кількох груп, при цьому вони дійсно переймають правила й стиль поведінки кожного колективу.

Нестійкий психотип схильний жити сьогоднішнім днем, годинами може переглядати телевізор або відео, слухати музику, нічого при цьому не роблячи. Його майже не цікавлять розваги, які вимагають певних інтелектуальних зусиль.

Потрапляючи в групи ровесників, вони виконують роль підручних у лідерів, можуть бути співучасниками правопорушень або інших негарних вчинків. Схильні до афективних спалахів, у них часто відзначається майже повна розгальмованість. Наприклад, коли такий підліток, прибігши до шкільної їдальні, не знайшов нічого до смаку, щоб з'їсти, він може легко збігати до сусіднього магазину, навіть якщо через це він запізниться на наступний урок,

Ставлення до навчання й роботи. Під впливом чергового захоплення вони можуть почати добре навчатися або закинути навчання. Якщо обставини складаються за варіантом «закинути», то в знаннях з'являється безліч пропусків і подальше засвоєння нового

матеріалу (навіть за умови величезного бажання вчитися) ускладнюється.

На уроках увага нестійка, часто й надовго відволікаються від роботи. Домашні завдання виконують неохоче й нерегулярно, їх знання безсистемні. Саме тому вони потребують постійного, але тактовного контролю.

На роботі нестійкий психотип теж ненадійний, тому що може підвести щомиті.

Рекомендації

Конфліктогенні ситуації:

- жорстка підлеглість дисциплінарним вимогам, особливо якщо це потрібно робити тривалий час;
- обмеження в спілкуванні з людьми, котрі допомагають розважатися;
- тривалі зусилля й концентрація сил на якійсь одній роботі;
- при необхідності приймання конкретних рішень й відповідати за них.

Надання *допомоги* цьому психотипові вимагає від дорослих та батьків великого терпіння, такту, систематичності й наполегливості. Таких підлітків не можна залишати без постійної уваги. Вони мають завжди бути під ненав'язливим наглядом.

На них позитивно впливає добре організована фізична праця, оскільки вона дисциплінує їх і якоюсь мірою емоційно розряджає.

Здійснюючи виховання, доцільно узгоджувати зусилля педагогів і сім'ї. Тільки за умови постійної і злагодженої взаємодії можна одержати позитивний результат. Коли ж між батьками і вчителями існують серйозні суперечності, це може загострити емоційну кризу підлітка.

Психотехнічні вправи

«Коли почав кричати, так у сопілку не грати»

Вам дуже подобається розважатися, відпочивати, переглядати телепередачі тощо. Все це дуже добре, але спробуйте жити, користуючися принципом «Коли почав кричати, так у сопілку не грати». Для цього дотримуйтеся правила: чергова розвага лише після того, як буде виконана якась конкретна справа.

Отже, спочатку робота і тільки потім відпочинок. Причому чим більше справ, тим більше розваг і часу для відпочинку.

«Постійне хобі»

Складіть перелік усіх своїх останніх захоплень, наприклад за одні два місяці. Проаналізуйте їх за 5-бальною шкалою, визначте сьогоднішній інтерес до кожного захоплення.

Можливо, вони всі цікаві для вас однаковою мірою або якесь уже не викликає колишнього ентузіазму. Вам належить із усього переліку вибрати лише одне захоплення, яке має стати вашим постійним хобі, наприклад на наступні три місяці (краще – на півроку).

Для вас це важке рішення, але його потрібно прийняти і в подальшому постаратися виконувати. Розширюйте межі вашого захоплення, знаходьте нових захоплених тією ж справою людей, більше читайте, передплатіть потрібні газети чи журнали, запишіться (коли є така можливість) у гурток чи в секцію.

Через півроку повторіть аналіз, складіть перелік своїх захоплень, виберіть одне – своє хобі.

Астенік

З дитинства поганий сон, апетит, дитина часто капризує, плаче, всього боїться. Вона дуже чутлива до гучних звуків, яскравого світла, її швидко втомлює навіть невелика кількість людей, тому вона прагне усамітнення.

Домінуючі риси характеру: підвищена втомлюваність, дратівливість схильність до іпохондрії.

Привабливі риси характеру: охайність, дисциплінованість, скромність, поступливість, ретельність, дружелюбність, незлопам'ятність, здатність до розкаяння.

Відразливі риси характеру: примхливість, плаксивість, невпевненість у собі, млявість, забудькуватість.

Такі підлітки боязкі, соромливі, з дуже заниженою самооцінкою, коли необхідно, не можуть постояти за себе. Вони відчують велику тривогу внаслідок зміни зовнішніх обставин, зламу стереотипів, оскільки одним із механізмів психологічного захисту є звикання до одних і тих же речей та життєвого устрою.

Вразливі місця цього психотипу: раптові афективні спалахи через сильну втомлюваність, дратівливість.

Особливості спілкування й дружби. Астенік не прагне до близьких стосунків через свою лякливість і невпевненість, не виявляє ініціативи. Коло друзів обмежене передусім через раптові вибухи роздратованості й часті примхи.

Ставлення до навчання і роботи. Астенікові часто заважає занижена самооцінка, тим більше коли педагог ставить підвищені вимоги, тому що знає, що ця дитина може вчитися краще. Але постійні сумніви, почуття тривоги й страху перед можливою помилкою заважають астенікові нормально працювати на уроці, наприклад навіть відповідати коло дошки, коли матеріал добре знайомий. Особливо його лякають несподівані виклики до дошки, адже такий підліток не може одразу сконцентрувати думки. Він розгублюється, червоніє, не може відповідати, а потім довго й болісно переживає свою «ганьбу».

Робота також швидко його втомлює, не дає почуття радості, не приносить полегшення. Тяжка й напружена робота викликає роздратування, підліток може заплакати від почуття безсилля. Тому він потребує періодичного відпочинку або чергування різних видів діяльності. Та в кожному разі це має бути не дуже інтенсивне фізичне й психічне навантаження.

Рекомендації

Конфліктогенні ситуації:

- раптове фізичне і психічне напруження;
- відкриті конфлікти, коли доводиться захищати свою точку зору;
- насмішки над слабкостями астеніка, його помилками, невмілими діями;
- вимушене активне спілкування з великою кількістю людей;
- необхідність швидкого переключення в роботі або спілкуванні;
- потреба виявлення певної сили волі.

Основною метою допомоги цьому психотипові є створення ситуацій, у яких підліток може виявити впевненість, твердість, сміливість, наприклад публічні виступи, виконання завдань, які вимагають певної сміливості. Але такі завдання повинні бути посильними для дитини.

Якщо астенік слабо встигає з якогось предмета, то педагог, батьки мають надавати йому дозовану допомогу в не дуже тактовній, ненав'язливій формі. Найменші успіхи слід помічати, підтримувати й закріплювати. Іноді може бути виправданою і трохи завищена оцінка з метою підвищення його упевненості в собі, зміни самооцінки.

Для школярів цього психотипу особливу роль відіграють продумані режим праці й відпочинку, розумне чергування

навантажень, щоб діти не перевтомлювалися. Афективні спалахи можливі за умови змагання, коли астеник починає розуміти, що він не в змозі стати переможцем. Тому і в сім'ї, і в школі не варто створювати чи провокувати ситуації змагання, наприклад: «Хто з вас швидше виконає домашнє завдання, той довше гулятиме».

Психотехнічні вправи

«Допомога іншим»

Ви дуже уважно ставитеся до своїх проблем, і це добре. А тепер спробуйте зайнятися проблемами інших людей, допомагайте їм долати їхні труднощі. Ці турботи й увага до людей допоможуть вам переключитися, знімуть зайве роздратування, додадуть сил.

Візьміть собі за правило, хоча б раз на день допомагати комусь, хай і найменшому, обов'язково подумати про іншого і зробити для нього щось потрібне.

«Життя прекрасне»

Кілька разів на день підходьте до дзеркала й уважно розглядайте вираз свого обличчя. Найімовірніше, спочатку ви бачитимете вираз ображеної, роздратованої людини. Постарайтеся посміхнутися самому собі, скажіть при цьому: «Я мила й хороша людина, у мене все гаразд. Я ні на кого не ображаюся й не серджусь. Ніщо мене не дратує. Життя – прекрасне». Ці слова можна промовляти і вголос. Повторіть їх кілька разів, зберігаючи усмішку.

Лабільний тип

У дитинстві звичайно не відрізняються від ровесників, але часто застуджуються, хворіють ангінами, іншими інфекційними захворюваннями. Здатні впадати в похмурий настрій через несхвальне слово, непривітний погляд, поламану іграшку. Приємні слова, новий костюм або книжка, гарна новина можуть покращити настрій, надати розмові веселого тону, але тільки доти, поки чергова «неприємність» усе не зіпсує.

Домінуюча риса характеру: надзвичайна мінливість настрою: він змінюється надто часто й надмірно різко з нікчемних (непомітних іншим) причин. Від душевного стану на цей момент залежить практично все: і апетит, і сон, і загальне самопочуття, і бажання спілкуватися, і працездатність, і бажання вчитися тощо.

Привабливі риси характеру: комунікабельність, товариськість, добродушність, чуйність, прихильність і щирість (у періоди підне-

сеного настрою). Лабільний підліток відзначається глибокими почуттями, щирою прихильністю до тих, із ким він у гарних стосунках, кого він любить і про кого піклується. Причому ця прихильність зберігається, незважаючи на мінливість його настрою.

Відразливі риси характеру: дратівливість, запальність, забіякуватість, послабленій самоконтроль, схильність до конфліктів (у періоди пригніченого настрою). Під час простої розмови може спалахнути, набіжать сльози, готовий сказати щось зухвале, образливе.

Вразливе місце цього психотипу: емоційне відкидання з боку значимих людей, втрата близьких або розлука з тими, до кого відчуває глибоку прихильність.

Особливості спілкування й дружби. Все залежить від настрою. Якщо він радіє і задоволений життям, то контакти встановлює дуже охоче; коли ж засмучений і невдоволений життям – вони різко скорочуються.

Настрій часто змінюється від украй незначної репліки того, з ким він дружить. Просте зауваження на адресу підлітка може викликати депресію, спричинити розрив дружніх стосунків. І навпаки, слова друга можуть помітно покращити настрій, викликати нестримний приплив енергії, бажання зробити щось гарне для нього.

Він володіє добре розвинутою інтуїцією щодо людей, може досить легко визначити «хорошу» й «погану» людину, вибираючи собі друга. У дружбі віддає перевагу тим, хто здатен під час спаду настрою відволікти, втішити його, підняти настрій, розповісти щось цікаве, коли хтось, нападатиме, захистити й прикрити собою, а у хвилини емоційного піднесення розділити бурхливі веселощі й радість. Підліток такого психотипу здатен на вірну дружбу.

Дуже чутливо реагує на знаки уваги, вдячність, похвалу й заохочення, якими він по-справжньому тішиться, але це не переходить у зарозумілість і самовдоволеність.

Ставлення, до навчання й роботи. Таким дітям характерна надзвичайна мінливість. Непередбачуваність поведінки, реакцій на репліки й прохання педагога чи батьків. У відповідь на зауваження може розсміятися й радісно взятися за виправлення вказаної помилки, але цілком можливі й сльози, й роздратування, й небажання підкорюватися законним вимогам педагога.

Знання лабільного підлітка поверхові та безсистемні, оскільки він не може керувати сам собою і не піддається управлінню з боку педагогів чи батьків. Періоди різких змін настрою йому непідвладні.

Працюючи, лабільний підліток може переключатися, забути про свій поганий настрій, але це відбувається лише в тому разі, якщо робота його зацікавила, не набридає, захоплює його. Це є однією з умов профілактики його поганого настрою.

Рекомендації

Конфліктогенні ситуації:

сильна конкуренція;

– ображення власної гідності;

– цілковита дисгармонія з його настроєм (усім весело, а він у цей час страждає);

– відсутність успіху, визнання, уваги;

– загроза покаранням, страх перед кимось або чимось;

– критика самого підлітка, його поведінки.

Основною метою допомоги цьому психотипові є встановлення тісного, довірливого контакту, цілковитого взаєморозуміння. Це можливе, коли підліток бачить доброзичливе ставлення до себе, знаходить співчуття.

Бажаним є тісний емоційний контакт із повним розкриттям його переживань. Звичайно, у цього психотипу слідом за емоційним реагуванням настає душевне розслаблення, у такому стані він стає доступним для продуктивного контакту.

Особливу увагу потрібно приділити його взаєминам у класі, у родині. При цьому слід враховувати, що для нього багато важать постійна емоційна підтримка, співпереживання інших.

Лабільний підліток легко виходить із пригніченого стану завдяки підбадьорюванню, розраді й появі приємної перспективи (хай і не завжди реальної).

Психотерапевтичні вправи

«Аналітик»

Розвивайте в собі звичку аналізувати всі раптові зміни в настрої: що відбулося; що змінило мій настрій? Частіше задавайте такі запитання. А коли набереться два-три десятки відповідей, визначте, які з причин трапляються частіше.

Тепер залишається найголовніше – виключити причини, з яких ваш настій так швидко й несподівано навіть для вас змінюється. Намагайтеся не потрапляти в ті ситуації, які призводять до різкої зміни вашого настрою в гірший бік.

«Єдина роль»

Спробуйте ввійти в образ, наприклад флегматичної, спокійної людини, яка все бачила, все знає, і прожити в цьому образі кілька годин підряд. Як би важко вам не було, які б причини не виникали, вам не можна виходити з образу.

Реагуйте не на те, що відбувається, як реагував би ваш герой-флегматик. Спочатку спокійно обдумайте, що ж, власне, сталося, зберіть додаткову інформацію для прийняття необхідного рішення, відкладіть його ще на якийсь час (раптом щось іще станеться) і лише потім дійте.

«Роздратування відміняється»

Як би вам не хотілося «розрядити» свій поганий настрій на комусь із близьких чи знайомих, не робіть цього відразу. Знайдіть інший спосіб – зробіть міні-зарядку, послухайте улюблений запис, прогуляйтеся парком тощо.

Треба сформувати в собі звичку – не виявляти своє роздратування відразу після його виникнення. Постарайтеся переключитися на щось приємніше.

Спробуйте для початку прожити цілий день, не роздратовуючись словами і вчинками на інших людей. Якщо вийшло, то збільшуйте термін цієї вправи до двох днів підряд. Потім зробіть маленьку перерву й ще раз повторіть. Два дні без роздратування. І знову збільшуйте тривалість без «роздратування», наприклад до трьох, чотирьох днів підряд.

Циклоїд

У дитинстві мало чим відрізняється від ровесників, але іноді справляє враження гіпертима, тобто періодами може бути надзвичайно галасливим, пустотливим, увесь час щось видумує, а потім знову стає спокійною і слухняною дитиною. З початку пубертатного періоду (статевої зрілості) виникають періодичні фази зміни настрою, тривалість яких може бути від кількох днів до тижня і більше.

Домінуючі риси характеру: зміна двох протилежних станів – гіпертимного, гіпотимного, циклічні зміни емоційного фону (періоди піднесеного настрою змінюються фазами емоційного спаду).

Привабливі риси характеру: ініціативність, життєрадісність, товариськість (із періодами піднесеного настрою, коли він схожий на гіпертима); задумливість, самокритичність (у періоди спаду настрою, коли він схожий на гіпотима).

Відразливі риси характеру: непослідовність, неврівноваженість, байдужість, спалахи роздратованості, надмірної образливості й прискіпливості до інших. Під час спаду настрою важче і жити, і вчитися, і спілкуватися. Компанії починають дратувати, ризик і пригоди, розваги й контакти втрачають свою колишню принадність. Підліток стає на якийсь час «домосідом».

Помилки, дрібні неприємності, які трапляються в цей період через погане самопочуття, переживаються ним дуже важко, тим більше що є з чим порівнювати. Адже ще день-два тому все прекрасно виходило, наприклад у спорті, а сьогодні не йде гра, і тренер не задоволений, і сам підліток не знає, що робити. Це часто його пригнічує, він не пізнає себе, свого організму, не може зрозуміти небажання бачити навіть близьких людей.

На репліки й зауваження відповідає незадоволено й грубо, хоча в душі сильно переживає ці раптові для нього зміни. Але почуття безвиході не буває, оскільки він розуміє, що мине певний час і все знову стане добре, буде виходити, як і раніше. Треба лише перечекаати цей період спаду.

Вразливе місце цього психотипу: емоційне неприйняття з боку значимих для нього людей і корінний злам життєвих стереотипів.

Особливості спілкування й дружби: стосунки з людьми носять циклічний характер: тяга до спілкування, нових знайомств, відчайдушне завзяття змінюється на замкнутість, небажання спілкуватися навіть із найближчими людьми («ви всі мені набридли»). Він віддає перевагу справжній дружбі з тими, хто добре розуміє неминучість зміни в стосунках на певний час, і не ображається на це, передбачає спалахи роздратованості та вразливості.

Ставлення до навчання і роботи: У навчанні такаж ситуація: періоди активної праці на уроках і вдома змінюються етапами, коли в підлітка настає повна байдужість до навчальних предметів, домашніх завдань. У роботі він то гіпертим (всяка справа виходить, але лише доти, доки вона цікава), то гіпотим (незадоволений усякою запропонованою роботою, знайде причину для скарг і роздратування).

Рекомендації

Конфліктогенні ситуації:

- несподівані доручення і прохання, які суперечать настрою цього моменту;
- різка зміна звичних станів;
- необхідність відступу від установлених стереотипів, звичок;
- претензії, утиски і невдачі;
- психологічні перевантаження, особливо на стадії спаду.

Основною метою допомоги цьому психотипові є попередження перенавантажень, особливо на стадії спаду. Для цього слід продумати кілька варіантів завдань і доручень та використувувати той варіант, який найбільше відповідає стану підлітка в цей момент. Добре допомагають доручення і завдання, які відволікають від негативних емоцій і станів, наприклад не дуже важка фізична робота в гарній компанії ровесників.

Під час встановлення контакту з таким підлітком важливо правильно розуміти, що він зараз відчуває, як ставиться до себе й до оточення в цей момент. Тільки після цього можна починати змістову частину бесіди. Якщо підліток перебуває у фазі спаду, то доцільніше просто виявити до нього теплу психологічну підтримку, допомогти впоратися із занепадом сил, не варто намагатися вплинути на нього в цей період.

Якщо ж він перебуває в піднесенні, то можна і треба поговорити з ним про те, що йому слід робити, щоб розуміти свої особливості та більше контролювати себе.

Психотехнічні вправи

У період спаду – вправи, рекомендовані для гіпотима: *«Переможець»*, *«Блазень»*, *«Похвала, або Я дуже хороший»*.

В періоди піднесення сил – вправи для гіпертима: *«Повний порядок»* і *«Кінець – ділу вінець»*.

Карта визначення ризику суїцидальності

Карта призначена для визначення ризику здійснення суїциду і ступеня такого ризику в осіб, які опинились у важких життєвих ситуаціях. Застосування карти правомірно під час дослідження пацієнтів із наявними в анамнезі гострими афективними реакціями на фоні акцентуації характеру, а також у встановленні ризику суїциду

осіб без вираженої характерологічної патології в умовах життєвої кризи.

У карту включений 31 фактор ризику суїциду, наявність кожного із яких необхідно виявити в досліджуваного. Карту повинні заповняти психологи, які добре знайомі з анамнезом та особистістю пацієнта на основі вільної бесіди з ним. Заповнюючи карту, необхідно виходити не із суб'єктивної оцінки себе пацієнтами, а із вражень клінічного психолога, отриманих під час ретельного вивчення анамнезу.

Фактори ризику суїцидальності

1. Дані анамнезу

1. Вік першої суїцидальної спроби – до 20 років.
2. Раніше мала місце суїцидальна спроба.
3. Суїцидальна спроба у родичів.
4. Розлучення чи смерть одного з батьків (до 18 років).
5. Недостатньо тепла в сім'ї в дитинстві чи юності.
6. Початок статевого життя – до 18 років і раніше.
7. Повна чи часткова бездоглядність у дитинстві.
8. Провідне місце в системі цінностей займають любовні відносини.
9. Виробнича сфера не відіграє важливої ролі у системі цінностей.
10. В анамнезі мало місце розлучення.

2. Актуальна конфліктна ситуація

1. Ситуація невизначеності, очікування.
2. Конфлікт в області любовних чи подружніх відносин.
3. Тривалий конфлікт.
4. Подібний конфлікт мав місце раніше.
5. Конфлікт, погіршений неприємностями в інших сферах життя.
6. Суб'єктивне почуття нездоланності конфліктної ситуації.
7. Почуття образи, жалю до себе.
8. Почуття втоми, безсилля.
9. Суїцидальні висловлювання, погрози суїциду.

3. Характеристика особистості

1. Емоційна лабільність.
2. Імпульсивність.
3. Емоційна залежність, необхідність надзвичайно близьких емоційних контактів.
4. Довірливість.

5. Емоційна в'язкість, ригідність афекту.
6. Хворобливе самолюбство.
7. Самостійність, відсутність залежності у прийнятті рішень.
8. Напруженість потреб (сильно виражене бажання досягти своєї цілі, висока інтенсивність даної потреби).
9. Наполегливість.
10. Рішучість.
11. Безкомпромісність.
12. Низька здатність до утворення компенсаторних механізмів, витіснення фруструючих факторів.

Після виявлення всіх параметрів, кожному з них приписується умовна вага відповідно до таблиці. Так, більшість параметрів (8; 9; 11–31) за їх наявності в досліджуваній особі оцінюється балом «1». Деякі найбільш значимі фактори анамнезу – балами «2» (5–7) і «3» (1–4; 10). У випадку незначної вираженості будь-якої властивості їй приписується вага, рівна половині від «1», «2» чи «3». За відсутності будь-якого із 31 параметрів він оцінюється балом «–0,5». Не виявленими з різних причин можуть бути не більше 2-3 факторів. Їх вага дорівнює нулю. Нулем оцінюються також характеристики 7 і 10 осіб, які не досягли середнього початку статевого життя (17 років) та вступу у шлюб (21 рік).

Потім вираховується сума балів за всіма факторами. Якщо отримана величина менша, ніж 8,86 – ризик суїциду незначний. Якщо ця величина коливається в межах від 8,86 до 15,48, то існує ризик здійснення суїцидальної спроби. У випадку, коли сума балів перевищує 15,48, ризик суїциду досліджуваного високий, а у випадку наявності в анамнезі спроби самогубства, значний ризик її повторення. Таким чином, самогубство – явище, яке досить часто трапляється в людському суспільстві. У кожній людині стільки внутрішньої індивідуальності, стільки свого особистого емоційно забарвленого бачення життєвих проблем, що навіть при зовнішньому благополуччі у неї завжди можуть виникнути власні причини для самогубства. Звичайно, соціальне середовище значною мірою визначає рівень самогубств, але, напевне, у найближчому майбутньому повністю зняти цю проблему суспільство не зможе.

Опитувальник на «вигорання» MBI. Авторами цього опитувальника є американські психологи К. Маслач і С. Джексон. Він призначений для вимірювання ступеня «вигорання» в професіях типу «людина-людина». Цей варіант адаптований Н. Водоп'яноюю.

Інструкція. Дайте, будь ласка, відповідь, як часто Ви переживаєте почуття, які названі нижче в опитувальнику. Для цього на бланку відповідей відмітьте за кожним пунктом позицію, яка відповідає частоті ваших думок і переживань: ніколи, дуже рідко, іноді, часто, дуже часто, кожен день.

Текст опитувальника

1. Я почуваю себе емоційно спустошеним.
2. Після роботи я почуваю себе, як «вижатий лимон».
3. Вранці я відчуваю втому і небажання йти на роботу.
4. Я добре розумію, що відчувають мої підлеглі й колеги, і намагаюся враховувати це в інтересах справи.
5. Я відчуваю, що спілкуюсь із деякими підлеглими та колегами як із предметами (без теплоти й прихильності).
6. Після роботи на деякий час хочеться усамітнитися від усіх і всього.
7. Я вмію знаходити правильне рішення у конфліктних ситуаціях, які виникають під час спілкування з колегами.
8. Я відчуваю пригнічення та апатію.
9. Я впевнений, що моя робота потрібна людям.
10. Останнім часом я став «черствим» у ставленні до тих, із ким працюю.
11. Я помічаю, що моя робота робить мене жорстокішим.
12. У мене багато планів на майбутнє, і я вірю в їхнє здійснення.
13. Моя робота все більше мене розчаровує.
14. Мені здається, що я забагато працюю.
15. Буває, що мені дійсно байдуже те, що відбувається з деякими моїми підлеглими і колегами.
16. Мені хочеться усамітнитись і відпочити від усього і всіх.
17. Я легко можу створити атмосферу доброзичливості та співпраці в колективі.
18. Під час роботи я відчуваю приємне поживлення.
19. Завдяки своїй роботі я вже зробив у житті багато дійсно цінного.
20. Я відчуваю байдужість і втрату інтересу до багатьох речей, які радували мене в моїй роботі.
21. Останнім часом мені здається, що колектив і підлеглі все частіше перекладають на мене тягар своїх проблем і обов'язків.

Обробка результатів

Відповіді досліджуваного оцінюються: 0 балів – «ніколи», 1 – «дуже рідко», 3 – «інколи», 4 – «часто», 5 – «дуже часто», 6 – «кожен день».

Ключ

Шкала «емоційного виснаження» – відповіді за пунктами 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20 (максимальна сума балів – 54).

Шкала «деперсоналізації» – відповіді за пунктами 5, 10, 11, 15, 22 (максимальна сума балів – 30).

Шкала «редукції особистісних досягнень» – відповіді за пунктами 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21 (максимальна сума балів – 48).

Чим більша сума балів за кожною шкалою окремо, тим більше в досліджуваного виражені різні сторони «вигорання». Можна також враховувати суму балів усіх шкал.

Методика дослідження емоційно-особистісних особливостей (опитувальник Ольшаннікової-Рабінович). Опитувальник дає змогу визначити стійку схильність людини до переживання трьох базових емоцій: страху, гніву й радості.

Інструкція. Вам пропонується кілька запитань про особливості поведінки і Ваших почуттів. Прочитайте кожне запитання та вирішіть, чи правильне це твердження щодо Вас, чи ні. Відповіді на запитання повинні відповідати такому принципіві:

- безумовно, так – 4;
- мабуть, так – 3;
- мабуть, ні – 1;
- безумовно, ні – 0.

Працюйте швидко, не затрачайте дуже багато часу на будь-яке запитання, цікава Ваша перша реакція, а не результат Ваших тривалих роздумів. Весь опитувальник повинен зайняти кілька хвилин. Тут немає поганих чи гарних відповідей, будь-яка Ваша відповідь є правильною.

Текст опитувальника.

1. Чи можете Ви сказати про себе, що ви за своїм характером оптиміст?
2. Чи боїтеся Ви темряви в незнайомому оточенні?
3. Чи буває вам страшно йти темною безлюдною вулицею?

4. Чи схильні Ви перейматися невеселими, похмурими думками?
5. Чи вважаєте Ви, що Ваші життєві обставини приносять Вам багато невдоволення?
6. Чи страшно Вам дивитися вниз із великої висоти?
7. Чи можна сказати, що у Вас переважає радісне світовідчуття?
8. Чи охоплює Вас гнів так сильно, що Ви довго не можете заспокоїтись?
9. Якби над Вами зле пожартували, чи розгнівало б це Вас?
10. Чи властиво Вам переживати почуття страху під час сильної грози?
11. Чи легко Вас розсердити?
12. Чи викликають у Вас страх страшні сцени в кінофільмах?
13. Якщо Ви зазнаєте поразки в спорті, чи дратуєтеся Ви і злитеся?
14. Чи є Ви прихильником думки, що в житті більше радощів, ніж негараздів?
15. Чи невдоволені Ви, якщо не виконуються Ваші вимоги?
16. Чи любите Ви веселощі навколо Вас?
17. Чи буває у Вас почуття страху перед відвідуванням стоматолога або перед необхідністю зробити укол?
18. За можливості, чи стали б Ви займатися будь-яким небезпечним видом спорту?
19. Чи викликають у Вас роздратування будь-які труднощі в діяльності?
20. Чи можна сказати, що Ваш настрій найчастіше буває веселим і бадьорим?
21. Чи дратує Вас, якщо Ви дуже поспішаєте, а Вам несподівано завадили?
22. Чи дратує Вас, якщо Вам здається, що Вас не розуміє близька людина?
23. Чи поступливі Ви?
24. Чи відчуваєте Ви страх, коли Вам необхідно звернутися до начальника або високопосадової особи?
25. Чи буваєте Ви активним учасником веселощів у компанії?
26. Чи можна сказати про Вас, що Ви життєрадісна людина?
27. Коли на Вас кричать, Вам хочеться відповісти тим же?
28. Чи наважитесь Ви піти вночі в будь-яке страшне місце, якщо справа йде на спір?
29. Чи легко Вас розсердити?

30. Вам властивий стан задоволеності життям?
 31. У Вас часто з'являється бажання з ким-небудь посваритися?
 32. Чи вважаєте Ви себе веселою людиною?
 33. Чи боїтеся Ви виходити на сцену, трибуну?
 34. Чи охоплюють Вас неприємні почуття, коли Ви в ліфті, тунелі?
 35. Зазвичай уранці у Вас бадьорий, радісний настрій?
 36. Чи можна Вас назвати сміливою людиною?

Ключ

Відповіді на запитання	Бали	
	для прямих запитань	для обернених запитань
Безумовно, так – 4	4	0
Мабуть, так – 3	3	1
Мабуть, ні – 1	1	3
Безумовно, ні – 0	0	4

Гнів: 5, 8, 9, 13, 15, 19, 21, 22, 27, 29, 31 – прямі відповіді; 23 – обернена відповідь.

Страх: 2, 3, 6, 10, 12, 17, 24, 33, 34 – прямі відповіді; 18, 28, 36 – обернені відповіді.

Радість: 1, 7, 11, 14, 16, 20, 25, 26, 30, 32, 35 – прямі відповіді; 4 – обернена відповідь.

Для кожної емоції підраховується сума балів.

Високі значення: для гніву – 25 балів і вище; для страху – 29 балів і вище; для радості – 28 і вище.

Середні значення: для гніву – від 12 до 24; для страху – від 13 до 28; для радості – від 12 до 27.

Низькі значення: для гніву – 11 балів і нижче; для страху – 12 і нижче; для радості – 11 і нижче.

Методика діагностики рівня шкільної тривожності

Філіпса. Вивчення рівня і характеру тривожності, пов'язаної зі школою, у дітей молодшого та середнього шкільного віку.

Тест складається із 58 запитань, які можуть зачитуватися школярам і можуть пропонуватись у письмовому вигляді. На кожне запитання потрібно однозначно відповісти: «Так» чи «Ні».

Інструкція: «Діти, зараз Вам буде запропоновано опитувальник, який складається із запитань про те, як Ви себе відчуваєте в школі. Намагайтеся відповідати щиро і правдиво, тут немає правильних чи неправильних, гарних чи поганих відповідей. Над запитаннями довго не роздумуйте.

На бланку для відповідей зверху запишіть своє ім'я, прізвище і клас. Відповідаючи на запитання, записуйте його номер і відповідь «+», якщо Ви згодні з ним, чи «-» якщо не згодні».

Текст опитувальника

1. Чи важко тобі триматися на одному рівні з усім класом?
2. Чи хвилюєшся ти, коли вчитель говорить, що збирається перевірити, наскільки ти знаєш матеріал?
3. Чи важко тобі працювати в класі так, як цього хоче вчитель?
4. Чи сниться тобі іноді, що вчитель розлючений через те, що ти не знаєш урок?
5. Чи бувало так, що хто-небудь із твого класу набив чи вдарив тебе?
6. Чи часто тобі хочеться, щоб учитель не поспішав, пояснюючи новий матеріал, поки ти не зрозумієш, що він говорить?
7. Чи сильно ти хвилюєшся під час відповіді чи виконання завдання?
8. Чи трапляється з тобою, що ти боїшся висловлюватися на уроці, тому що не хочеш зробити безглузду помилку?
9. Чи тремтять у тебе коліна, коли тебе викликають відповідати?
10. Чи часто твої однокласники насміхаються з тебе, коли ви граєте в різні ігри?
11. Чи трапляється так, що тобі ставлять нижчу оцінку, ніж ти очікував?
12. Чи тебе хвилює питання про те, чи не залишать тебе на другий рік?
13. Чи намагаєшся ти уникати ігор, у яких робиться вибір, тому що тебе, як правило, не вибирають.
14. Чи буває іноді, що ти весь тремтиш, коли тебе викликають відповідати?
15. Чи часто в тебе виникає відчуття, що ніхто з твоїх однокласників не хоче робити те, що хочеш робити ти?

16. Чи сильно ти хвилюєшся перед тим, як розпочати виконувати завдання?
17. Чи важко тобі отримувати такі оцінки, яких очікують від тебе батьки?
18. Чи боїшся ти іноді, що тобі стане погано в класі?
19. Чи будуть твої однокласники сміятися з тебе, якщо ти зробиш помилку під час відповіді?
20. Чи схожий ти на своїх однокласників?
21. Виконавши завдання, чи хвилюєшся у зв'язку з тим, як ти з ним справився?
22. Коли ти працюєш у класі, чи впевнений у тому, що все добре запам'ятаєш?
23. Чи сниться тобі іноді, що ти в школі й не можеш відповісти на запитання вчителя?
24. Чи правильно те, що більшість дітей ставиться до тебе по-дружньому?
25. Чи працюєш ти старанніше, якщо знаєш, що результати твоєї роботи будуть порівнюватися в класі з результатами твоїх однокласників?
26. Чи часто ти мрієш про те, щоб менше хвилюватися, коли тебе запитують?
27. Чи боїшся ти іноді вступати в суперечку?
28. Чи відчуваєш ти, що твоє серце починає сильно битися, коли вчитель говорить, що збирається перевірити твою готовність до уроку?
29. Коли ти отримуєш гарні оцінки, чи думає хто-небудь із твоїх друзів, що ти хочеш вислужитися?
30. Чи гарно ти себе почуваєш з тими твоїми однокласниками, до яких діти ставляться з особливою увагою?
31. Чи трапляється, що деякі діти в класі говорять щось, що тебе зачіпає?
32. Як ти думаєш, чи втрачають прихильність ті з учнів, які не справляються з навчанням?
33. Чи правда те, що більшість твоїх однокласників не звертають на тебе уваги?
34. Чи часто ти боїшся виглядати недоречно?
35. Чи задоволений ти тим, як до тебе ставляться вчителі?
36. Чи допомагає твоя мама в організації вечорів, як інші мами твоїх однокласників?
37. Чи хвилювало тебе коли-небудь, що думають про тебе інші?

38. Чи сподіваєшся ти в майбутньому вчитися краще, ніж раніше?

39. Чи вважаєш ти, що одягаєшся у школу так само гарно, як і твої однокласники?

40. Чи часто ти замислюєшся, відповідаючи на уроці, що думають про тебе в цей час інші?

41. Чи володіють здібні учні якимись особливими правами, яких немає в інших дітей у класі?

42. Чи сердяться деякі з твоїх однокласників, коли тобі вдається бути кращим за них?

43. Чи задоволений ти тим, як до тебе ставляться однокласники?

44. Чи добре ти себе відчуваєш, коли залишаєшся один на один з учителем?

45. Чи висміюють іноді твої однокласники твою зовнішність і поведінку?

46. Чи думаєш ти, що хвилюєшся про свої дошкільні справи більше, ніж інші діти?

47. Якщо ти не можеш відповісти, коли тебе запитують, чи відчуваєш, що ось-ось розплачешся?

48. Коли ввечері лежиш у ліжку, чи думаєш ти іноді з хвилюванням про те, що буде завтра у школі?

49. Працюючи над важким завданням, чи відчуваєш ти іноді, що зовсім забув речі, які добре знав раніше?

50. Чи тремтить злегка твоя рука, коли ти працюєш над завданням?

51. Чи відчуваєш ти, що починаєш нервувати, коли вчитель говорить, що збирається дати класу завдання?

52. Чи лякає тебе перевірка твоїх знань у школі?

53. Коли вчитель говорить, що збирається дати класу завдання, чи відчуваєш ти страх, що не впораєшся з ним?

54. Чи снилося тобі іноді, що твої однокласники можуть зробити те, чого не можеш ти?

55. Коли вчитель пояснює матеріал, чи здається тобі, що твої однокласники розуміють його краще, ніж ти?

56. Чи хвилюєшся ти по дорозі в школу, що вчитель може дати класу роботу для перевірки знань?

57. Коли ти виконуєш завдання, чи відчуваєш зазвичай, що робиш це погано?

58. Чи тремтить злегка твоя рука, коли вчитель просить зробити завдання на дошці перед усім класом?

Обробка та інтерпретація результатів

Під час обробки результатів виділяють запитання, відповіді на які не збігаються з ключем тесту. Наприклад, на 58-ме запитання дитина відповіла «Так», у той час як у ключі цьому запитанню відповідає «–», тобто відповідь «Ні». Відповіді, які не збігаються з ключем, – це прояв тривожності. Під час обробки підраховується:

1. Загальна кількість розбіжностей з усього тексту. Якщо вона більша 50 %, можна говорити про підвищену тривожність дитини, якщо – понад 75 % від загального числа запитань тесту – про високу тривожність.

2. Число збігів за кожним із восьми факторів тривожності, які виділяються в тексті. Рівень тривожності визначається так, як і в першому випадку. Аналізується загальний внутрішній емоційний стан школяра, який визначається наявністю тих чи інших тривожних синдромів (факторів) та їх кількістю.

Фактор	№ запитань
1. Загальна тривожність у школі	2, 3, 7, 12, 16, 21, 23, 26, 28, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58 $\Sigma = 22$
2. Переживання соціального стресу	5, 10, 15, 20, 24, 30, 33, 36, 39, 42, 44 $\Sigma = 11$
3. Фрустрація потреби в досягненні успіху	1, 3, 6, 11, 17, 19, 25, 29, 32, 35, 38, 41, 43 $\Sigma = 13$
4. Страх самовираження	27, 31, 34, 37, 40, 45 $\Sigma = 6$
5. Страх ситуації перевірки знань	2, 7, 12, 16, 21, 26 $\Sigma = 6$
6. Страх не відповідати очікуванням оточуючих	3, 8, 13, 17, 22 $\Sigma = 5$
7. Низький фізіологічний опір стресу	9, 14, 18, 23, 28 $\Sigma = 5$
8. Проблеми і страхи під час стосунків з учителями	2, 6, 11, 32, 35, 41, 44, 47 $\Sigma = 8$

Ключ до запитань

“+” – Так

“-” – Ні

1 -	19 -	37 -	55 -
2 -	20 +	38 +	56 -
3 -	21 -	39 +	57 -
4 -	22 +	40 -	58 -
5 -	23 -	41 +	
6 -	24 +	42 -	

7 -	25 +	43 +
8 -	26 -	44 +
9 -	27 -	45 -
10 -	28 -	46 -
11 +	29 -	47 -
12 -	30 +	48 -
13 -	31 -	49 -
14 -	32 -	50 -
15 -	33 -	51 -
16 -	34 -	52 -
17 -	35 +	53 -
18 -	36 +	54 -

Результати:

1. Число незбігів знаків («+» – Так, «-» – Ні) з кожного фактору (абсолютне число незбігів у відсотках: <50 %; ≥50 %; ≥75 %) для кожного респондента.

2. Представлення цих даних у вигляді індивідуальних діаграм.

3. Число незбігів з кожного виміру для всього класу: – абсолютне значення – <50 %; ≥50 %; ≥75 %.

4. Представлення цих даних у вигляді діаграми.

5. Кількість учнів, які мають незбіг за визначеним фактором ≥50 % і ≥75 % (для всіх факторів).

6. Представлення порівняльних результатів при повторних вимірюваннях.

7. Повна інформація про кожного учня (за результатами тесту).

Змістовна характеристика кожного синдрому (фактора)

1. *Загальна тривожність у школі* – загальний емоційний стан дитини, пов'язаний із різноманітними формами її включення в життя школи.

2. *Переживання соціального стресу* – емоційний стан дитини, на фоні якого розвиваються її соціальні контакти (передусім із ровесниками).

3. *Фрустрація потреби в досягненні успіху* – несприятливий психічний фон, який не дає змоги дитині розвивати свої потреби в успіху, досягненні високого результату тощо.

4. *Страх самовираження* – негативні емоційні переживання ситуацій, пов'язаних із необхідністю саморозкриття, представлення себе іншим, демонстрація своїх можливостей.

5. *Страх ситуації перевірки знань* – негативне ставлення і переживання тривоги в ситуаціях перевірки (особливо – публічної) знань, досягнень, можливостей.

6. *Страх не відповісти очікуванням інших* – орієнтація на значимість інших в оцінюванні своїх результатів, учинків і думок, тривога з приводу оцінок, які даються іншим, очікування негативних оцінок.

7. *Низький фізіологічний опір стресу* – особливості психофізіологічної організації, які знижують пристосованість дитини до ситуацій стресогенного характеру, підвищують імовірність неадекватного деструктивного реагування на тривожний фактор середовища.

8. *Проблеми і страхи у відносинах з учителями* – загальний негативний емоційний фон відносин із дорослими в школі, який знижує успішність навчання дитини.

***Методика «Зірка Гінгера»
(проективний метод психодіагностики
«внутрішньої картини здоров'я»)***

Термін «внутрішня картина здоров'я» (ВКЗ) уперше використовує В. Каган (1986), розуміючи здоров'я як цілісний вимір особистості, а хворобу – як певний його рівень. Він розробляє теоретичне обґрунтування концепції ВКЗ (В. Каган, 1988). Внутрішня картина здоров'я, за В. Каганом, – це цілісне уявлення, «для – себе – знання» про здоров'я. Саме через вивчення такого цілісного уявлення, яке враховує структуру суб'єктивного досвіду, неможлива адекватна розробка програм збереження й розвитку фізичного та психічного здоров'я, індивідуального стилю здорового способу життя.

Виходячи з цього, найперспективнішим видається використання проективних методів діагностики, які дають можливість виявити компенсаторні психологічні механізми (Ю. Савенко, 1978), «...установки, які виступають як результат певної організації минулого досвіду, що створив вибіркочну готовність до майбутнього сприйняття і дій («внутрішні умови»)» (Л. Бурлачук, 1978). Отже, можна стверджувати, що в основі проективних методів лежить теза про зв'язок поведінки з афективно-мотиваційною сферою особистості, яка історично сформувалась у проблему проекції.

У цій методиці пропонується проективний малюнок, який має ряд переваг над іншими (відносна простота й зручність використання;

зменшення ситуативного емоційного напруження під час виконання, сприяння встановленню неформального та емоційного контакту з обстежуваним, маскування інтерпретації) (Краско Т., 1995). Термін «внутрішня картина здоров'я» допускає використання засобів образотворчого мистецтва. За твердженням R. Burns та S. Kaufman (1972), взаємодія між людиною й малюнком є зоровою метафорою.

Тому якщо привести весь малюнок в дію, можливо побачити те, що насправді відбувається в її житті. Так, Гертруда Шоттенлоер наголошує: «У буквальному розумінні, зовнішній світ надає для контакту папір, а обстежуваний – якусь частину свого внутрішнього світу, якусь частину себе» (Schottenloher, 1989). Крім того, зображення дає можливість навчитися рефлексії й спонукає до внутрішнього росту та самокорекції. Отже, завдяки зображенню людина ближче знайомиться із собою й одночасно може переосмислювати події.

На думку багатьох авторів, для вивчення ВКЗ найбільш відповідає тест «Дерево». По-перше, саме дерево в малюнку символізує життєву енергію, а прагнення до життя визначається товщиною стовбура й гілок Ch. Koch, 1958); по-друге, інструкція та порядок застосування цього тесту можуть бути змінені (Е. Романова, О. Потьомкіна, 1992); по-третє, широко відомий малюнковий тест (Е. Соколова, 1978).

Одним з найбільш цікавих досліджень, виконаних за згаданим тестом, є робота Рене Стора (R. Stora, 1978). У його варіанті тесту малюнок дерева виконується з обох боків аркуша. При цьому перший малюнок аркуша репрезентує першу реакцію обстежуваного на незнайому ситуацію та відображає його зусилля для самоконтролю. Другий малюнок більше відповідає психологічному станові у звичній ситуації.

У наступному варіанті тесту Р. Стор пропонує намалювати «дерево надії», а на звороті аркуша наосліп зобразити дерево із заплющеними очима. На думку автора, малюнок дає змогу виявити приховані конфлікти, які можуть впливати на сучасний стан.

Аналогічно описаним дослідженням, у цій методиці обстежуваним пропонують намалювати «дерево здоров'я», а потім повторити із заплющеними очима малюнок на звороті аркуша. Останній малюнок дає змогу виявити конфліктні й мотиваційні аспекти, що перешкоджають веденню здорового способу життя.

Інтерпретація результатів проводиться за допомогою пентаграми у вигляді зірки, розробленої С. Гінгер та А. Гінгер (1999). Вони

розглядають промені зірки як п'ять головних вимірів людської діяльності:

- 1) фізичний;
- 2) афективний;
- 3) раціональний;
- 4) соціальний;
- 5) духовний.

При цьому слід відзначити, що ліва частина пентаграми стосується життя людини (її тіло, серце, голова), а права ближнього (соціального) та глобального (духовного, космічного) навколишнього середовища.

За твердженням авторів людина, протягом усього життя повинна підтримувати рівновагу між цими видами діяльності, оскільки її поведінка обумовлена всіма п'ятьма згаданими вимірами: організмом і відчуттями; бажаннями й відносинами; думками та рішеннями; навколишнім соціальним середовищем і життям всесвіту (клімат, пора року, обертання Землі, сонячне світло).

ПРОВЕДЕННЯ МЕТОДИКИ «ЗІРКА ГІНГЕРА»

Мета – виявлення індивідуально-типологічних особливостей ВКЗ обстежуваного.

Обладнання: аркуш паперу А-4: олівець або ручка.

Інструкція: намалюйте будь ласка, на аркуші паперу ваше власне «дерево здоров'я». Ви можете намалювати будь-яке дерево, яке вважаєте за потрібне. Виконайте це ручкою чи олівцем.

Далі на звороті аркуша пропонується зобразити «дерево здоров'я» із заплющеними очима.

Обробка результатів. Згадану пентаграму будують у малюнку обстежуваного таким чином (рис. 1)

- 1) розміщують найбільш віддалені п'ять точок намальованого дерева;
- 2) знайдені точки сполучаються прямими, щоб утворилася зірка;
- 3) утворені вершини променів зірки з'єднуються прямими лініями.

Одержана таким чином зірка показує, як організуються згадані виміри людської діяльності у ВКЗ обстежуваного, яку площину вони займають у зробленому малюнку, як співвідносяться один з одним, який із вимірів переважає, а який займає скромне місце. За бажанням

дослідника, ці співвідношення можна виразити в числах, обчисливши площу трикутників, які утворюють промені зірки.

Серж та Анн Гінгери (1999) пишуть: «...якщо переміщуватися від одного кінця пентаграми до другого за годинниковою стрілкою, то можна послідовно пройти через:

- а) ставлення до свого тіла, куди включено лише один індивід (самотність);
- б) афективні стосунки з коханою людиною (пара);

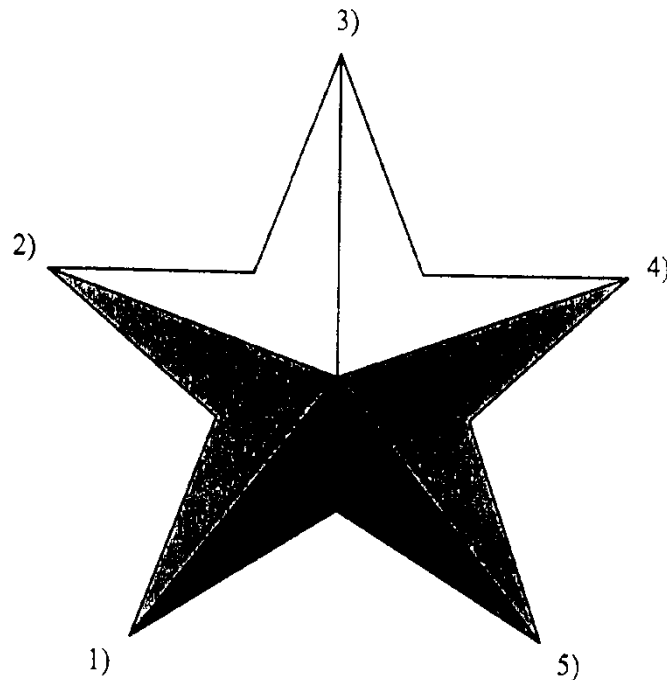


Рис. 1. *Виміри людської діяльності (за С. Гінгер, А. Гінгер) 1) фізичний вимір; 2) афективний вимір; 3) раціональний вимір; 4) соціальний вимір; 5) духовний вимір.*

- в) інтелектуальні зв'язки (з кількома людьми);
- г) ширші соціальні зв'язки з групами людей (товариства);
- д) приналежність до Всесвіту через *поступове розширення зв'язків*.

Тому людина протягом життя повинна намагатися підтримувати рівновагу між часовими періодами, які охоплюють:

- стосунки індивіда із самим собою (розмірковування, читання, медитація);
- стосунки двох (дружба, любов, сексуальність);
- групові стосунки (під час навчання, на роботі, у культурі);
- стосунки із суспільством (економіка, політика);
- стосунки зі світом (екологія, філософія, духовність, релігія).

Аналогічні явища констатують і стосовно психологічного консультування як стратегій допомоги (Р. Нельсон-Джоунс, 2000). Одержаний після з'єднання променів зірки п'ятикутник ілюструє це положення (рис. 2). Консультант, котрий володіє певним репертуаром впливів, повинен визначитися, які впливи слід застосувати до конкретного клієнта та яка ймовірність успіху.

Описана методика полегшує цей процес, роблячи його наочним, і дає змогу зробити вибір на користь того чи іншого методу консультування. Більше того, із допомогою наведеного тесту можна розробляти індивідуальні оздоровчі програми й коригувати їх залежно від змін клієнта. За необхідності можна також обчислити площі трикутників А, В, С, D, Е, щоб одержати результат у числовому варіанті.

Описаний проєктивний метод діагностики ВКЗ дає змогу практичному психологу діяти з допомогою багатовимірного продуктивного підходу, одночасно враховуючи названі виміри поведінки людини. Він вивільняє не просто аналіз, а глобальне синтетичне бачення, спрямоване на прояснення того, «як ВКЗ індивіда функціонує зараз», а не «чому ВКЗ індивіда функціонує так». Такий підхід видається нам виправданим, оскільки, за влучним висловом Едгара Морена, «мрія абсолютно раціональної людини цілковито ірраціональна».

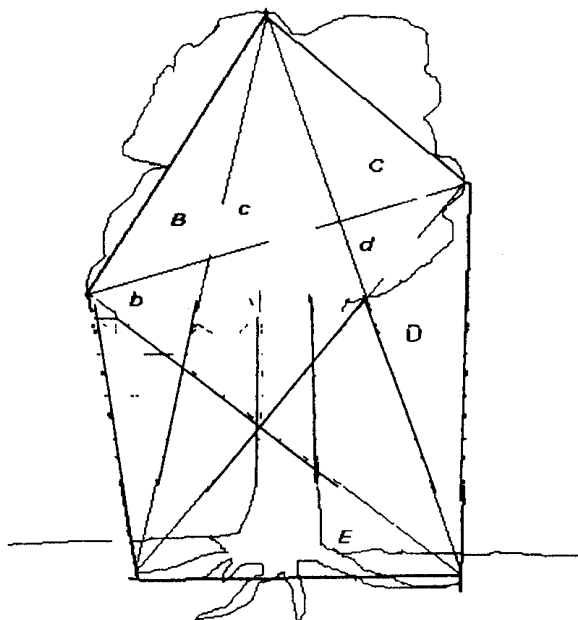


Рис. 2. Побудова пентаграми:

a – фізичний вимір; b – афективний вимір; c – раціональний вимір; d – соціальний вимір; e – духовний вимір; А – тілесно орієнтовний підхід; В – психоаналітичний підхід; С – групова динаміка; D – релігії, медитативні практика; Е – природна медицина, йогаЮ тай-цзи, та інші

СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Абрамова Г. С. Психологическое консультирование / Г. С. Абрамова // Практическая психология. – М., 2001. – С. 186–239.
2. Аюрзанаев О. И. Теория психологического комплекса : Перечитывая Альфреда Адлера / О. И. Аюрзанаев Психология и соционика межличностных отношений. – 2007. – № 9. – С. 27–33.
3. Болотова А. К. Психологическое консультирование, психотерапия и коррекционная работа в практической психологии / А. К. Болотова, И. В. Макарова // Прикладная психология. – М., 2002. – Ч. 3. – С. 306–364.
4. Болотова А. К., Методы диагностики развития личности / А. К. Болотова , И. В. Макарова. // Прикладная психология. – М., 2002. – Ч. 2. – Гл. 4. – С. 226–268.
5. Буленко Т. В. Діагностика особистості в практичній діяльності психолога. / Т. В. Буленко, М. І. Мушкевич, Р. П. Федоренко. – Луцьк, 1996.
6. Васьківська С. В. Психологічний запит клієнта / С. Васьківська // Психолог. – 2007. – Січ. (№ 4). – С. 17–18.
7. Венгер А. Л. Психологическое консультирование и диагностика. Практическое руководство. – В 2 ч. Ч. 1. / А. Л. Венгер. – М. : Генезис, 2001. – 54 с.
8. Венгер А. Л. Психологическое консультирование и диагностика. Практическое руководство. – В 2 ч. Ч. 2. / А. Л. Венгер. – М. : Генезис, 2001. – 127 с.
9. Вознюк О. Психоаналітичні методи корекції негативних психоемоційних станів у школярів / О. Вознюк, Е. Романенко // Психолог. – 2007. – Лют. (№ 5). – С. 28–30.
10. Гавенко В. Л. та ін. Практикум з медичної психології / В. Л. Гавенко, І. С. Вітенко, Г. О. Самардакова. – Харків: Оєгiон-iнформ, 2002. – 248 с.
11. Грановская Р. М. Элементы практической психологии. – 5-е изд., исправ. и доп./ Р. М. Грановская – С. Пб. : Речь, 2003. – 656 с.
12. Гриценюк Л. Техніка «Я-висловлювання» / Л. Гриценюк // Психолог. – 2005. – Лист. (№ 44). – С. 17–20.
13. Гулина М. А. Терапевтическая и консультативная психология / М. А. Гулина – С. Пб. : Речь, 2001. – 111 с.
14. Джордж Р. Консультирование : теория и практика. / Р. Джордж, Г. Кристиани; пер. с англ; – 4-е междунар. изд. – М. : Эксмо, 2002. – 448 с.

15. Диференційна діагностика неврозів : метод. рек. / автори-упоряд. В. В. Кардаш., Н. І. Кардаш. – Луцьк, 2000.
16. Дучимінська Т. І. Реалізація психопрофілактичного та психодіагностичного аспекту клінічної психології у сфері вищої освіти / Т. І. Дучимінська, Л. М. Хлівна, Л. І. Магдисюк // Психологічні перспективи. – Випуск 31. – Луцьк : Східноєвропейський національний університет імені Лесі Українки, 2018. – С. 83 – 95.
17. Колесник А. Корекційні вправи на розвиток пам'яті та уваги / А. Колесник // Психологічна газета. – 2007. – Берез. (№ 6). – С. 21–27.
18. Комарова Н. М. Особливості консультативної роботи з сім'ями, які виховують біологічно нерідних дітей / Н. М. Комарова // Соціальний працівник. – 2006. – Серп. (№ 15). – С. 14–31.
19. Комінко С. Б. Кращі методи психодіагностики. / С. Б. Комінко, Г. В. Кучер Г.В. – К. : Карт-бланш, 2005.
20. Коцан І. Я. Психологія здоров'я людини : навч. посіб. / І. Я. Коцан, Г. В. Ложкін, М. І. Мушкевич за ред. І. Я. Коцана.– Луцьк : РВВ «Вежа» Волин. нац. ун-ту ім. Лесі Українки, 2009. – 316 с.
21. Линде Н. Д. Коррекция эмоциональной зависимости с помощью метода эмоционально-образной терапии / Н. Д. Линде // Вопросы психологии. – 2007. – № 5.– С. 170–179.
22. Лісова О. С. Психологія суїцидальної поведінки./ О. С. Лісова – Чернівці: [б. в.] 2004. – 233 с.
23. Магдисюк Л. І. Казкотерапія в психологічному консультуванні дітей та дорослих: навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. III–IV рівнів акредитації / Л. І. Магдисюк, Р. П. Федоренко, М. І. Замелюк. – Луцьк : Вежа-Друк, 2019. – 152 с.
24. Магдисюк Л. І. Психологічна корекція особистісної сфери підлітків та молоді / Л. І. Магдисюк та ін. // Освіта та розвиток обдарованої особистості : щоквартальний науково-методичний журнал / Н. Ф. Федорова та ін. – Київ : Інститут обдарованої дитини НАПН України. – 2019. – № 2 (73), II квартал. – С. 64-72.
25. Магдисюк Л. І. Психологічні особливості якості життя осіб з серцево-судинними захворюваннями / Л. І. Магдисюк // Психологія : реальність і перспективи : зб. наук. пр. Вип. 8 / упоряд. Р. В. Павелків та ін. – Рівне : РДГУ , 2017. – С. 180–184.
26. Мазур О. Дитячі страхи : діагностика та корекція / О. Мазур // Психолог. – 2007. – Жовт. (№ 39). – С. 15–18.

27. Мельник А. П. Патопсихологія та спецпрактикум з клінічної психодіагностики: навчально-методичний посібник / А. П. Мельник, Л. І. Магдисюк, Т. І. Дучимінська. – Луцьк : Вежа-Друк, 2018. – 152 с.
28. Миколайчук М. І. Основи психокорекційної допомоги братам та сестрам дітей з психофізичними вадами / М.І. Миколайчук // Практична психологія та соціальна робота. – 2007. – № 10. – С. 37–41. – Закінчення. Початок див.: 2007. – № 9.
29. Минеева О. «Игра в гусей» : Игровая методика в системном консультировании / О. Минеева, Н. Гуськова // Психолог в детском саду. – 2003. – № 1. – С. 59-66.
30. Минигалиева М. Р. Психологическое консультирование как процесс взаимопонимания / М. Р. Минигалиева // Психология зрелости и старения. – 2003. – № 1. – С. 5–26.
31. Мінеєва А. Корекція підвищеної тривожності у дітей / А. Мінеєва // Психологічна газета. – 2007. – Листоп. (№ 22). – С. 2–9.
32. Морозов С. М., Психодіагностика. Тести. Методика та практика застосування / С. М. Морозов, Л. В. Музиченко, А. В.Тімакова – К. : Главник. 2004.
33. Мэй Р. Искусство психологического консультирования : Как давать и обретать душевное здоровье / Р. Мэй; пер. с англ. – М. : Апрель Пресс, 2002. – 255 с.
34. Нельсон Р. Теория и практика консультирования / Р. Нельсон, Джоунс – С. Пб. : Питер, 2000. – 450 с.
35. Поліщук С. А. Методичний довідник з психодіагностики : Навчально-методичний посібник / С. А. Поліщук – Суми : ВТД «Університетська книга», 2009. – 442 с.
36. Профессиональная позиция психолога-консультанта. Профессиональная психологическая помощь и другие возможности получить психологическую поддержку // Журнал практического психолога. – 2006. – № 4. – С. 7–14.
37. Профессиональные качества и этические принципы консультанта // Журнал практического психолога. – 2006. – № 4. – С. 27–29.
38. Психологическое консультирование // Детский практический психолог. – М., 2001. – С. 37-40.
39. Психологическое консультирование и психотерапия. – М. : Вопросы психологии, 2004. – 216 с. – (Б-ка журнала «Вопросы психологии»).

40. Психологічна допомога учасникам АТО та їх сім'ям : кол. моногр. / М. Мушкевич, Р. Федоренко, А. Мельник [та ін.] ; за заг. ред. М. Мушкевич. – Вид. 2-ге, змін. та доповн. – Луцьк : Вежа-Друк, 2016. – 356 с.

41. Рябченко В. Психологічна консультація. Інформація про роботу з очною, заочною та дистанційною формами проведення / В. Рябченко // Психолог. – 2007. – Квіт. (№ 13/15). – С. 71- 73.

42. Скребець В. О. Основи психодіагностики / В. О. Скребець – К. : Слово, 2003.

43. Собченко О. М. Вплив психологічних засобів на пост-травматичні розлади рятувальників в період реадаптації / О. М. Собченко; гол. ред. Т. О. Піроженко // Київський міжнародний університет. Вісник. – (Психологічні науки. – Вип. 8). – К., 2006. – С. 148–154.

44. Солошенко Д. В. Экстренная психологическая помощь : Консультирование / Д. В. Солошенко / Практична психологія та соціальна робота. – 2002. – № 9/10. – С. 17-38.

45. Телятникова М. Н. Применение психодрамы для психокоррекционной работы с умственно отсталыми подростками / М. Н. Телятникова // Журн. практ. психолога.– 2006. – № 2. – С. 134-145.

46. Терлецька Л. Г. Основи психодіагностики / Л. Г. Терлецька – К. : Главник, 2006.

47. Федоренко Р. П. Аналіз особливостей ставлення сучасних підлітків до «груп смерті» та небезпечних ігор у соціальних мережах // Психологія: реальність і перспективи : зб. наук. пр. Рівненського державного гуманітарного університету. – Рівне : РДГУ, 2017. – Вип. 8. – С. 281-286.

48. Федоренко Р. П. Аналіз психологічних особливостей подружньої зради на різних стадіях функціонування сім'ї // Психологія: реальність і перспективи : зб. наук. пр. Рівненського державного гуманітарного університету. – Рівне : РДГУ, 2018. – Вип. 10. – С. 146-152.

49. Федоренко Р. П. Психологічна допомога в клініці: навчально-методичний посібник / Р. П. Федоренко, О. М. Хлівна, Т. І. Дучимінська, Л. І. Магдисюк, С. В. Борцевич. – Луцьк : Вежа-Друк, 2018. – 224 с.

50. Федоренко Р. П. Психологічний практикум з консультування : зміст, прийоми, технології [навчально-методичний посібник для

студентів вnz] / Р. П. Федоренко, К. І. Шкарлатюк. – Луцьк : Східноєвроп. нац. Ун-т ім. Лесі Українки, 2012. – 200 с.

51. Федоренко Р. П. Психологія суїциду : навч. посіб. [для студентів вищ. навч. закл.] / Раїса Петрівна Федоренко. – Вид. 2-ге, змін. та доп. – Луцьк : Вежа-Друк, 2016. – 340 с.

52. Царенко Л. Наративне консультування як текст / Л. Царенко // Соціальний педагог. – 2007. – Груд. (№ 12). – С. 8-13.

53. Цимбалюк І. М. Психологічне консультування та корекція : Навч. посіб. Модульно-рейтинговий курс. / М. Цимбалюк – 2-ге вид., випр. і доп. – К. : ВД «Професіонал», 2007. – 544 с.

54. Червинская К. Р. Медицинская психодиагностика и инженерия знаний. / К. Р. Червинская, О. Ю. Щелкова – С. Пб. : Ювента ; М. : Академия, 2002.

55. Шмырёва О. И. Психологическая модель преодоления эмоционального неблагополучия в подростковом возрасте / О. И. Шмырёва // Мир психологии. – 2007. – № 1. – С. 240-245.

ДОДАТКИ

Додаток А

Карта прийому дитини (клієнта, пацієнта) *стать:* _____

1. Ім'я та побатькові пацієнта

2. Вік пацієнта _____ років

3. Освіта _____

4. Батьки пацієнта: _____

обоє батьків живі _____

живий тільки один з батьків _____ хто саме _____

вік батьків _____

обоє батьків померли _____

інша сімейна ситуація _____

5. Професії батьків:

батько _____ освіта _____

мати _____ освіта _____

6. Кількість братів, сестер _____ вік _____

сіблінгова позиція пацієнта _____

7. Сімейна соціограма:

8. Дата первинного звертання _____

9. Характеристика фізичного стану:

добре _____ середнє _____ погане _____

Характер сну: *глибокий, поверховий, розлади сну (безсоння, важко засинати, страшні сновидіння).*

10. Загальне уявлення

11. Стан харчування: нормальний __, дуже добрий __, знижений __ 12.

Перенесені операції, захворювання, перебування в лікарні:

13. Скарги на даний час про стан здоров'я:

14. Результати лікування _____

15. Сімейний анамнез, захворювання членів сім'ї _____

16. Коло спілкування _____

17. Характеристика вільного часу (ігри, спорт, книги, ін.): _____

18. Основні риси характеру:

- загальна слабкість, втомлюваність;
- замкнутість; навіюваність;
- неможливість відв'язатись від якоїсь думки чи мелодії;

сором'язливість:

- нерішучість, невпевненість;
- вразливість, образливість; нестійкість настрою;
- знижений фон настрою (поганий буває частіше);
- роздратованість, імпульсивність (без втрати контролю над собою)
- роздратованість, імпульсивність із втратою контролю над собою.

19. Короткий зміст скарги пацієнта (що і коли трапилось з ним)

20. Загальні враження про пацієнта: _____

21. Випадок належить до категорії гострих, тих, що потребують негайної допомоги (так, ні).

22. Випадок вимагає додаткових зустрічей (так, ні).

23. Випадок вимагає передачі іншому консультанту (так, ні).

24. Випадок потребує психіатричної діагностики і консультування.

25. Випадок потребує інших видів діагностики (вказати, яких саме).

26. Необхідність запитів у медичні заклади (є, немає).

27. Випадок обговорення на нараді консультантів (так, ні).

Рекомендації консультанту для подальшої роботи _____

_____ - клієнт переданий (так, ні) консультанту.

28. Подальша робота з клієнтом (результати діагностики):

Карта прийому пацієнта (хворого) стаття:

1. Ім'я та по батькові пацієнта _____
2. Вік пацієнта _____ років
5. Освіта _____
4. Професія _____
5. Професійна діяльність на даний час _____
- 6. Сімейний стан:**
- одружений _____ скільки років _____
- одинокий, без постійного партнера _____
- не в шлюбі, з постійним партнером _____
- розлучений _____ вдівець _____
- другий шлюб _____
- одинокий. проживає з батьками _____
- Кількість дітей _____ від якого шлюбу _____
8. Вік дітей _____
9. Зв'язок з дітьми (емоційний, матеріальний ін.) _____
10. Професія та професійна діяльність партнера _____
- 11. Батьки пацієнта:**
- обоє батьків живі _____
- живий тільки один з батьків _____ хто саме _____
- вік батьків _____
- обоє батьків померли _____
- інша сімейна ситуація _____
12. Професії батьків:
- батько _____ освіта _____
- мати _____ освіта _____
13. Кількість братів, сестер _____ вік _____
- сіблінгова позиція пацієнта _____
14. Сімейна соціограма:
15. Дата первинного звертання _____
- 16. Характеристика фізичного стану:**
- добре _____ середнє _____ погане _____
- Характер сну: *глибокий, поверховий, розлади сну (безсоння важко заснути. страшні сновидіння).*
17. Загальне уявлення:
- відповідає віку _____, виглядає молодше _____ передчасне старіння _____
18. Стан харчування:
- нормальний _____, дуже добрий _____, знижений _____

19. Перенесені операції, захворювання, перебування в лікарні:

20. Скарги на даний час про стан здоров'я: _____

21. Результати лікування _____

22. Сімейний анамнез, захворювання членів сім'ї

23. Характеристика сексуальності:

статеве життя з _____ років

статева активність на даний час, задоволеність статевими стосунками

24. Коло спілкування (стосунки з сусідами, знайомими, друзями):

25. Характеристика вільного часу (спорт, книги і ін.):

26. Основні риси характеру:

– загальна слабкість, втомлюваність;

– замкнутість; навіюваність;

– неможливість відв'язатись від якоїсь думки чи мелодії;

сором'язливість:

– нерішучість, невпевненість:

– вразливість, образливість; нестійкість настрою;

– знижений фон настрою (поганий буває частіше);

– роздратованість, імпульсивність (без втрати контролю над собою)

– роздратованість, імпульсивність із втратою контролю над собою.

27. Короткий зміст скарги пацієнта (що і коли трапилося з ним) _____

28. Загальні враження про пацієнта: _____

Аналіз скарги:

29. Суб'єктивний локус скарги _____

30. Об'єктивний локус скарги _____

31. Проблема (суть труднощів пацієнта: «очу те-то, та не можу...») _____

32. Самодіагноз (як пояснює пацієнт причини труднощів): _____

Таблиця Крепліна

3	4	3	4	4	8	6	6	2	4	4	7	3	4	8	9	6	7	2	9	8	7	4
2	5	9	7	8	4	3	2	4	7	6	5	3	4	4	7	9	7	3	8	9	2	4
3	8	5	9	3	6	8	4	2	6	7	9	3	7	4	7	4	3	9	7	2	9	7
9	5	4	7	5	2	4	8	9	8	4	8	4	7	2	9	3	6	8	9	4	9	4
9	5	4	5	2	9	6	7	3	7	6	3	2	9	6	5	9	4	7	4	7	9	3
2	9	8	7	2	9	4	8	4	4	5	4	4	8	7	2	5	9	2	2	6	7	4
9	2	3	6	3	5	4	7	8	9	3	9	4	8	9	2	4	2	7	5	7	8	4
7	4	7	5	4	4	8	6	9	7	9	2	3	4	9	7	6	4	8	3	4	9	6
8	6	3	7	6	6	9	2	9	4	8	2	6	9	4	4	7	6	9	3	7	6	2
9	8	9	3	4	8	4	5	6	7	5	4	3	4	8	9	4	7	7	9	6	3	4
5	8	5	7	4	9	7	2	6	9	3	4	7	4	2	9	8	4	3	7	5	8	3
3	4	9	2	4	7	8	5	2	9	6	4	4	7	6	7	5	6	9	8	6	4	7
5	2	3	9	3	4	5	3	2	8	2	9	8	9	4	2	8	7	8	5	4	3	5
3	4	9	2	4	7	8	5	2	9	6	4	4	7	6	7	5	6	9	8	6	4	7
4	9	6	3	4	9	9	4	8	6	5	7	4	9	3	2	4	7	4	9	8	3	8
8	4	7	8	9	4	3	9	3	7	6	5	2	4	4	3	4	8	7	3	9	2	4

Коректурна таблиця

Прізвище _____ Ім'я _____ Дата _____

ЕНЛСВИМХАЕВКСИХМЕИКНАВСКИМХАЕВИКХАСХВН
 ЕСЛВНЕИКВХСНАВИКЕСКИХСАЕНАСИХКНВКХЕИНА
 СХКВИКАЕСНХСАВИХИЕКСВАЕИКНСХЕАВИХСВКЕН
 ХЛВИНКВЕКСИЕХАВКНСХАЕИНВКХСЕИКАВИКАСНХ
 ВИХАЕСНЕСКВНЕХИКАСНВХЕКВАЕСНИКХАВИНАСК
 ИХНАЕИХЕСВКАЕИХВНСАЕИКХСЕНАСКИХСВНЕВМН
 КАВХИНВЕАСКХХВНЕИКАВЕ'СЕХИКАВНСККСИНЕКА
 ВИХАСВНСКАЕИХННИКАЕХСВНЕИКАВХАСНЕИХСКА
 ВНЕСИКАСКНВХВИКЕСХЕНАВИКХЕСИНАЕКВХИКСА
 ВНКЕИХВАСНКЕВНИХАСВАСКЕИНСХАВКНЕИХСКІН
 ВХАСИКЕИХАВНЕКСНАЕВХХСИКВАЕНСИЖЕКАВНСЕ
 ИКХАСЕКАВМСИХАВЖЕНВХИНАЕИХСНВКЕХАСИКВХ
 СЕНКАВИСХЕКІНВАЕИКНВХАСННХЕЛВИКХСЕНАВЖ
 СИКВАЕНСКИХСАЕВИНКАСХВИНЕКЕВХСХАВИКНЕС
 ХИКАВНХКЕИНАСХВИНАЕИХВСКАЕНССАЕИНВХКНА
 СЕИХНИКАВХСКЕИНВКЕХАСВХНЕИКСАВКВВИХАЕНА
 ВИКЕНСКВАЕНКСИХАЕАХВСКИНСИХВНАСХЕСИНВА
 КАСИВЕНЕХЕКЕСВХАЕИНВКАСИХКАВНСХИКНИНАЕ
 КСХВЕИНСКВХАСЕНІКВСХАВЕКНИХАСНАВИКЕХВА
 СНХЕКІНВАСХИКАЕНСВЕАХКЕИНХСВКАЕСИХАВНК
 НИКСЕХВАСНИКЕАВИХСКНХАЕВХАСЕНКВИХКАЕИН
 СВСХНАВКЕХАСИНВКЕИХАСНИКВЕИХАВНСЕКІНКВ
 КСАЕНЛВЕСИХАЕВКИСХНКАЕВИКСНХКАСИНВЕХНИ
 АСКВЕХАСИНВЕКИХСНВКХЛЕІНСВКХЛЕІКВНАСИК
 ЕВКИХСНКАЕВИКСНХКАИСЛНВЕХИАСКВЕКАСИНВЕ
 КИХСНВКХАЕІНСВКХАЕИХВНАСИКЕАВНХСКЕВЕКХ
 СНИВАЕНСХАВИНКЕСХАВИНАСКВЕНИХВСКАИЕХХК
 СНЕВАСИКЕНВИХАЕСКИВИХАЕИИСХКЕАВХХНСИКА
 ВИНАЕКВХАСНВКЕСИКАВНКЕСИХАЕКВІНЕХСИКАВ
 НХСАВІХНЕСИКВНСХКЛЕІНВСХКАЕИХСНАВХЕСИХ
 АВНКЕКАСВИНХАЕВКСИХНЕИКНАВСАИНХАЕВИКХЛ
 СХВНЕССАЕИНВХКНАСЕИХНИКАВХСКЕИНВКЕХАСВ
 ХНЕИКСАВХАСЕКЕВНСИХАВКЕИВХИНХИСКВАЕНСИ
 ХЕКАВНСЕИКНКИСХАЕВИНКАСХВИНЕКНХЕАВИКХС
 СЕНАВХИСКВНЕИКАЕССНХСАВИХНЕКСВЛЕІКНСХЕ
 ВИХСВКЕНХАВИНКАЕИХСНВКЕХКСИКВХСЕНКАВИХ
 СКІНВАЕКІВНХАСВНВХАСЕКІХАВНЕКСНАЕВХВА
 СКІНСХАВКНЕИХСКИНКЗИХАЕНАВИКЕХНСКВАЕНК

**БЛАНК ДЛЯ МЕТОДИКИ
«ВИЯВЛЕННЯ ЗАГАЛЬНИХ ПОНЯТЬ»**

1. Сад /рослини, садівник, собака, паркан, земля/.
2. Ріка /берег, риба, рибак, багно, вода/.
3. Місто /автомобіль, будова, вулиця, велосипед, стовп/.
4. Сарай /сіновал, кінь, дах, худоба, стіни/.
5. Куб /кути, креслення, сторона, камінь, дерево/.
6. Ділення /клас, ділене, олівець, дільник, папір/.
7. Перстень /діаметр, діамант, проба, округлість, печатка/.
8. Читання /розділ, книга, картина, печать, слово/.
9. Газета /правда, додаток, телеграма, папір, редактор/.
10. Гра /карта, гравці, штрафи, покарання, правила/.
11. Війна /пушки, битва, гвинтівка, солдати, аероплан/.
12. Книга /малюнки, війна, папір, кохання, текст/.
13. Спів /дзвін, мистецтво, голос, оплески, мелодія/.
14. Землетрус /пожар, смерть, шум, поливання ґрунту, повінь/.

БЛАНК ДО МЕТОДИКИ «ВИКЛЮЧЕННЯ ПОНЯТЬ»

1. Василь, Федір, Семен, Іванов, Петро.
2. Дряхлий, маленький, старий, поношений, вітхий.
3. Швидко, скоро, поступово, поспішно, спішно.
4. Листок, брунька, кора, сук, луска.

БЛАНК ДО МЕТОДИКИ «ВИКЛЮЧЕННЯ ПОНЯТЬ»

1. Василь, Федір, Семен, Іванов, Петро.
2. Старезний, маленький, старий, поношений, древній.
3. Швидко, скоро, поступово, поспішно, спішно.
4. Листок, брунька, кора, сук, луска.
5. Троянда, жоржина, бутон, фіалка, тюльпан.
6. Темний, світлий, голубий, яскравий, тьмянний.
7. Гніздо, нора, курятник, сторожка, барлога.
8. Невдача, хвилювання, поразка, провал, крах.
9. Успіх, невдача, вдача, виграш, спокій.
10. Пограбування, крадіж, землетрус, пожежа, напад.

11. Молоко, сир, сметана, сало, кисле молоко.
12. Глибокий, низький, світлий, високий, гіркий.
13. Хата, піч, дим, хлів, будка,
14. Береза, сосна, дуб, ялина, бузок.
15. Голод, холод, дискомфорт, спрага, нажива.
16. Секунда, година, рік, вечір, тиждень.
17. Літак, пароплав, техніка, поїзд, дирижабль.
18. Сміливий, хоробрий, рішучий, злий, відважний.
19. Футбол, волейбол, хокей, плавання, баскетбол.
20. Олівець, ручка, рейсфедер, фломастер, чорнило.

БЛАНК ДЛЯ МЕТОДИКИ «ВИЯВЛЕННЯ ЗАГАЛЬНИХ ПОНЯТЬ»

1. Сад (рослини, садівник, собака, паркан, земля).
2. Ріка (берег, риба, рибак, багно, вода).
3. Місто (автомобіль, будова, вулиця, велосипед, стовп).
4. Сарай (сінник, кінь, дах, худоба, стіни).
5. Куб (кути, креслення, сторона, камінь, дерево).
6. Ділення (клас, ділене, олівець, дільник, папір).
7. Перстень (діаметр, діамант, проба, округлість, печатка).
8. Читання (розділ, книга, картина, печать, слово).
9. Газета (правда, додаток, телеграма, папір, редактор).
10. Гра (карта, гравці, штрафи, покарання, правил).
11. Війна (гармати, битва, гвинтівка, солдати, аероплан).
12. Книга (малюнки, війна, папір, кохання, текст).
13. Спів (дзвін, мистецтво, голос, оплески, мелодія).
14. Землетрус (пожежа, смерть, шум, поливання ґрунту, повінь).
15. Бібліотека (місто, книги, лекція, музика, читачі).
16. Ліс (лист, яблуня, мисливець, дерево, вовк).
17. Спорт (медаль, оркестр, змагання, перемога, стадіон).
18. Лікарня (приміщення, сад, доктор, радіо, хворі).
19. Кохання (тройнди, почуття, людина, місто, природа).
20. Патріотизм (місто, друзі, батьківщина, сім'я, людина).

БЛАНК МЕТОДИКИ «ЧИСЛОВІ ЗАКОНОМІРНОСТІ»

Визначте закономірності розміщення кожного ряду і запишіть відповідно до цієї закономірності ще три числа.

1. 2, 3, 4, 5, 6, 7,
2. 10, 9, 8, 7, 6, 5,
3. 5, 10, 15, 20, 25,
4. 6, 9, 12, 15, 18,
5. 3, 7, 11, 15, 19, 23,
6. 24, 21, 18, 15, 12, 9,
7. 1, 2, 4, 8, 16, 32,
8. 25, 24, 22, 21, 19, 18,
9. 12, 14, 13, 15, 14, 16,
10. 16, 12, 15, 11, 14, 10,
11. 4, 5, 8, 9, 12, 13,
12. 1, 4, 9, 16, 25, 36.....
13. 15, 16, 14, 17, 13, 18,
14. 9, 1, 7, 2, 5, 1,
15. 2, 12, 4, 11, 6, 10,

Бланк до методики «Складні аналогії»

Шифр:

Вівця – стадо

Малина – ягода

Море – океан

Світло – темрява

Ворог – ворог

1. Переляк – втеча.....1 2 3 4 5 6
2. Фізика – наука1 2 3 4 5 6
3. Правильне – вірне.....1 2 3 4 5 6
4. Грядка – город.....1 2 3 4 5 6
5. Пара – два1 2 3 4 5 6
6. Слово – фраза.....1 2 3 4 5 6
7. Бадьорий – в'ялий.....1 2 3 4 5 6
8. Свобода – воля1 2 3 4 5 6
9. Країна – місто1 2 3 4 5 6
10. Похвала – сварка.....1 2 3 4 5 6
11. Помста – вбивство.....1 2 3 4 5 6
12. Десять – число.....1 2 3 4 5 6
13. Плакати – ридати.....1 2 3 4 5 6
14. Дія – драма.....1 2 3 4 5 6
15. Спокій – дихання.....1 2 3 4 5 6
16. Сміливість – геройство..1 2 3 4 5 6
17. Прохолода – мороз.....1 2 3 4 5 6
18. Обман – недовіра.....1 2 3 4 5 6
19. Спів – мистецтво.....1 2 3 4 5 6
20. Тумбочка – шафа.....1 2 3 4 5 6

Методика «Словесний лабіринт – 2»

К	И	Н	Ш	В	А
У	Т	С	М	С	І
Я	Ч	А	Л	Ф	А
М	И	Ж	К	И	Ь
В	Є	Т	Ю	М	Т
А	П	Р	С	Е	С

Ь	Л	А	П	Р	О
Т	С	І	Б	А	С
Й	А	Н	Ж	О	О
И	Д	П	І	В	І
Н	А	Е	П	И	Р
Ш	Г	Й	К	З	Т

А	Х	Ш	Ю	Б	Є
Р	У	Т	Ф	Є	Ж
Ц	Я	К	Е	Ц	А
І	Ш	П	Т	І	Б
Т	М	І	А	Х	Л
В	І	Є	И	Р	А

Й	И	А	П	Н	Т
Ф	Н	Д	О	Ж	Б
І	Ш	А	Р	Т	А
Н	А	М	О	М	Л
К	А	Р	П	З	Е
В	М	И	І	Р	Б

Й	Д	О	Д	О	Ш
И	А	Р	А	Р	Д
Н	А	В	Ф	І	Ж
В	Р	О	Р	А	Д
І	Д	Ж	Є	Д	Р
Я	В	С	О	Б	О

Я	І	В	Ф	А	Ш
Н	Ц	О	Р	О	Л
Н	А	З	І	Є	Ф
К	У	А	Л	П	Р
В	А	П	І	Б	О
Г	Ш	Л	О	І	М

Р	О	Т	А	З	І
О	Т	А	В	П	Н
Т	П	З	О	С	А
А	В	І	Н	А	Х
З	Є	А	Ш	Х	Е
І	Н	А	Х	Е	М

Й	И	Н	Т	А	Н
И	Ш	Т	О	Л	Р
Н	Т	А	Н	Ж	Е
Т	О	З	Р	Е	Т
А	І	Ф	Я	Т	Н
Н	Р	Е	Т	Н	І

Д	І	В	О	Р	П
А	Л	Ш	Т	Р	О
Ш	Т	О	Л	Л	Б
Т	А	Н	Ж	Д	У
Ф	Я	А	Н	О	Р
Е	К	Н	Г	У	Т

Я	К	Н	А	В	П
Н	Л	Л	Б	Н	І
Н	Ж	Д	У	Е	В
А	О	Л	Л	С	А
В	Н	Ж	Д	У	Л
Ю	І	В	А	Р	Г

Й	И	Н	Е	Ч	О
И	Т	Е	К	Е	Л
Н	У	Ч	Т	Б	О
Е	Т	О	Л	О	Б
Ч	А	О	Р	Б	А
О	Л	О	Б	А	З

Я	Н	Н	А	В	Ю
Н	Т	А	Ш	Р	Л
Н	А	В	Ю	О	Е
А	К	Е	Л	А	Д
В	С	У	Е	Д	О
Ю	Л	Е	Д	О	М

Ключ до методики «Словесний лабіринт – 2»

<u>К</u>	<u>И</u>	<u>Н</u>	Ш	В	А
У	Т	<u>С</u>	М	С	І
Я	Ч	<u>А</u>	<u>Л</u>	Ф	А
М	И	Ж	<u>К</u>	<u>И</u>	Ь
В	Є	Т	Ю	<u>М</u>	Т
А	П	Р	С	<u>Е</u>	<u>С</u>

<u>Ь</u>	Л	А	П	Р	О
<u>Т</u>	<u>С</u>	<u>І</u>	Б	А	С
Й	А	<u>Н</u>	<u>Ж</u>	<u>О</u>	О
И	Д	П	І	<u>В</u>	І
Н	А	Е	П	<u>И</u>	<u>Р</u>
Ш	Г	Й	К	З	<u>Т</u>

<u>А</u>	Х	Ш	Ю	Б	Є
<u>Р</u>	<u>У</u>	<u>Т</u>	Ф	Є	Ж
Ц	Я	<u>К</u>	<u>Е</u>	Ц	А
І	Ш	П	<u>Т</u>	<u>І</u>	Б
Т	М	І	А	<u>Х</u>	Л
В	І	Є	И	<u>Р</u>	<u>А</u>

<u>Й</u>	<u>И</u>	А	П	Н	Т
Ф	<u>Н</u>	<u>Д</u>	О	Ж	Б
І	Ш	<u>А</u>	<u>Р</u>	Т	А
Н	А	М	<u>О</u>	М	Л
К	А	Р	<u>Ц</u>	<u>З</u>	<u>Е</u>
В	М	И	І	Р	<u>Б</u>

<u>Й</u>	Д	О	Д	О	Ш
<u>И</u>	А	Р	А	Р	Д
<u>Н</u>	<u>А</u>	<u>В</u>	Ф	І	Ж
В	Р	<u>О</u>	<u>Р</u>	<u>А</u>	Д
І	Д	Ж	Є	<u>Д</u>	Р
Я	В	С	О	<u>Б</u>	<u>О</u>

<u>Я</u>	<u>І</u>	В	Ф	А	Ш
Н	<u>Ц</u>	О	Р	О	Л
Н	<u>А</u>	<u>З</u>	<u>І</u>	Є	Ф
К	У	А	<u>Л</u>	П	Р
В	А	П	<u>І</u>	<u>Б</u>	<u>О</u>
Г	Ш	Л	О	І	<u>М</u>

<u>Р</u>	<u>О</u>	<u>Т</u>	<u>А</u>	<u>З</u>	<u>І</u>
<u>О</u>	Т	<u>А</u>	В	П	<u>Н</u>
<u>Т</u>	П	<u>З</u>	О	С	<u>А</u>
<u>А</u>	В	<u>І</u>	<u>Н</u>	<u>А</u>	<u>Х</u>
<u>З</u>	Є	А	Ш	<u>Х</u>	<u>Е</u>
<u>І</u>	<u>Н</u>	<u>А</u>	<u>Х</u>	<u>Е</u>	<u>М</u>

<u>Й</u>	<u>И</u>	<u>Н</u>	<u>Т</u>	<u>А</u>	<u>Н</u>
<u>И</u>	Ш	<u>Т</u>	О	Л	<u>Р</u>
<u>Н</u>	<u>Т</u>	<u>А</u>	<u>Н</u>	Ж	<u>Е</u>
<u>Т</u>	О	З	<u>Р</u>	<u>Е</u>	<u>Т</u>
<u>А</u>	І	Ф	Я	<u>Т</u>	<u>Н</u>
<u>Н</u>	<u>Р</u>	<u>Е</u>	<u>Т</u>	<u>Н</u>	<u>І</u>

<u>Д</u>	<u>І</u>	<u>В</u>	<u>О</u>	<u>Р</u>	<u>Ц</u>
А	Л	Ш	Т	Р	<u>О</u>
Ш	Т	О	Л	Л	<u>Б</u>
Т	А	Н	Ж	Д	<u>У</u>
Ф	Я	А	Н	О	<u>Р</u>
Е	К	Н	Г	У	<u>Т</u>

<u>Я</u>	К	Н	А	В	П
<u>Н</u>	Л	Л	Б	Н	І
<u>Н</u>	Ж	Д	У	Е	В
<u>А</u>	О	Л	Л	С	А
<u>В</u>	Н	Ж	Д	У	Л
<u>Ю</u>	<u>І</u>	<u>В</u>	<u>А</u>	<u>Р</u>	<u>Г</u>

<u>Й</u>	<u>И</u>	<u>Н</u>	<u>Е</u>	<u>Ч</u>	<u>О</u>
<u>И</u>	Т	<u>Е</u>	К	Е	<u>Д</u>
<u>Н</u>	У	<u>Ч</u>	Т	Б	<u>О</u>
<u>Е</u>	Т	<u>О</u>	<u>Д</u>	<u>О</u>	<u>Б</u>
<u>Ч</u>	А	О	Р	<u>Б</u>	<u>А</u>
<u>О</u>	<u>Л</u>	<u>О</u>	<u>Б</u>	<u>А</u>	<u>З</u>

<u>Я</u>	<u>Н</u>	<u>Н</u>	<u>А</u>	<u>В</u>	<u>Ю</u>
<u>Н</u>	Т	<u>А</u>	Ш	Р	<u>Л</u>
<u>Н</u>	<u>А</u>	<u>В</u>	<u>Ю</u>	О	<u>Е</u>
<u>А</u>	К	Е	<u>Л</u>	А	<u>Д</u>
<u>В</u>	С	У	<u>Е</u>	<u>Д</u>	<u>О</u>
<u>Ю</u>	<u>Л</u>	<u>Е</u>	<u>Д</u>	<u>О</u>	<u>М</u>

Бланк методики «Словесный лабиринт - 1»

1

И	Т	О	П	М	Т
Т	А	В	Р	А	О
П	Н	У	Д	А	Л
В	Т	Ь	Б	С	К
К	О	Е	Ш	Г	О
П	І	И	Н	Ь	Д

2

Й	Р	И	Ш	З	Л
И	У	М	Ч	Ю	Е
Т	Е	Г	Б	З	Ь
С	И	Н	К	И	Т
Г	К	Е	М	О	Р
Р	И	Я	Т	Ь	П

3

Т	А	Р	О	Т	Ь
Н	Е	Г	Ю	Д	К
Е	У	М	И	Т	Ю
М	И	Р	Е	П	С
С	Е	Р	О	Б	К
В	Е	М	Т	А	Е

4

Й	И	Н	Е	Л	А
Р	Е	Н	А	Р	М
Т	О	Л	А	Н	Х
У	К	А	Г	Ю	О
Ю	Ь	С	М	И	Р
У	А	Р	М	И	К

5

В	И	Т	И	Ь	О
А	П	А	М	И	Ь
Е	М	Т	С	Б	Ю
П	Р	Ь	Л	У	К
К	А	П	И	Г	А
Ш	Е	Н	Г	О	Ф

6

И	А	К	А	М	Ь
Т	Г	О	Т	И	Щ
А	В	У	Х	Е	Н
М	И	Т	С	О	Р
А	Р	О	В	У	П
Ц	Е	Р	Б	Е	С

7

Ь	Н	Е	Г	О	Л
Т	О	Л	Г	А	Р
С	І	М	И	Н	О
А	Н	М	Е	Т	М
О	П	И	Р	С	А
Щ	Е	Р	Б	И	С

8

Т	А	І	Р	А	Т
К	Е	Н	Т	А	Е
П	У	Г	И	К	Л
В	А	К	Е	Н	О
Б	Ю	Щ	Е	У	Р
А	М	И	С	У	П

9

Ь	К	Е	Н	Г	О
Т	А	П	И	Ь	Б
С	І	Н	Ь	Л	І
Ш	Е	К	Е	Л	Б
А	В	Т	И	Н	А
Н	О	Г	Е	Б	Л

10

А	Б	Р	О	К	У
Д	Е	Р	Б	У	Х
А	І	К	С	О	Н
Х	Н	А	Т	Р	А
У	М	И	Г	О	П
Н	А	С	У	З	С

ДЛЯ НОТАТОК

Навчально-методичне видання

Магдисюк Людмила Іванівна
Федоренко Раїса Петрівна

МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНЕ КОНСУЛЬТУВАННЯ

Навчально-методичний посібник

Друкується в авторській редакції

Формат 60x84 ¹/₁₆. Обсяг 19,21 ум. друк. арк., 19,08 обл.-вид. арк.
Наклад 300 пр. Зам. 140. Видавець і виготовлювач – Вежа-Друк
(м. Луцьк, вул. Шопена, 12, тел. (0332) 29-90-65).
Свідоцтво Держ. комітету телебачення та радіомовлення України
ДК № 4039 від 08.04.2011 р.