

## Психодіагностичні методи дослідження мислення

Вже під час інтерв'ю можна частково оцінити особливості когнітивних процесів досліджуваного, зокрема можна помітити деякі особливості окремих операцій мислення, виявити клінічно окреслені порушення перебігу асоціацій або патологічні ідеї (маячні, надцінні, нав'язливі). Слід звернути увагу на темп мислення, активність виконання розумових операцій. При прискоренні мислення воно характеризується підвищеним відволіканням, поверхневістю асоціацій, легкістю переключення з однієї теми на іншу, "скачкою ідей". У разі сповільненості процесів мислення умовисновки формуються повільно, асоціації виникають із труднощами, переключення з однієї теми на іншу ускладнене.

Проте деякі порушення мислення досить важко виявити в ході інтерв'ю, тому велике значення в дослідженні мислення мають експериментально-психологічні методи. Слід відзначити, що без знання особистісних особливостей досліджуваного правильна оцінка результатів експериментального дослідження мислення вельми складна.

Існує велика кількість експериментально-психологічних методів, за допомогою яких можна виявляти різні порушення мислення.

### Психодіагностичні методи дослідження мислення:

- 1.Методика класифікації
- 2.Методика виключення
- 3.Методика виділення суттєвих ознак
- 4.Методика утворення аналогій
- 5.Методика піктограм
- 6.Методика Еббінгауза
- 7.Методика розуміння переносного змісту прислів'їв і метафор
- 8.Методика порівняння прислів'їв
- 9.Методика віднесення фраз до прислів'їв
10. Методика називання 50 слів
11. Методика виділення закономірностей
12. Методика визначення і формування понять
13. Методика формування штучних понять
14. Методика розуміння розповідей
15. Методика складання малюнків з відрізків
16. Методика встановлення послідовності подій
17. Асоціативний експеримент

#### 1.Методика класифікації

Призначена для дослідження операцій узагальнення і відволікання. Створена К. Goldsten (1920) для дослідження хворих з афазією, пізніше була модифікована Л.С. Виготським (1934) та Б.В. Зейгарник (1958).

Для дослідження використовують набір з 70 карток з кольоровими і чорно-білими зображеннями різних предметів, людей, тварин, рослин. В іншій модифікації використовують картки зі словами.

Досліджуваному дають інструкцію класифікувати всі картки на групи з обґрунтуванням свого рішення.

Оцінюють:

1) кількість етапів, витрачених на остаточну класифікацію предметів (найвищий рівень узагальнення - поділ усіх карток на три групи: живих істот, рослин і неживих предметів.);

2) принципи класифікації.

Висновок відображає кількість етапів класифікації, а також особливості мислення досліджуваних.

**Конкретне мислення** - визначається у випадках, коли досліджуваний об'єднує предмети в конкретні ситуаційні групи (наприклад, пальто з шафою, «тому, що пальто висить у шафі»).

**Схильність до деталізації** - визначається у випадках, коли досліджуваний розділяє групи (наприклад, «одяг домашній і одяг на вихід», «коренеплоди та некоренеплоди»).

**Мислення, що керується латентними ознаками** - визначається у випадках, коли в класифікації робиться наголос на малоактуальних, прихованих ознаках понять (наприклад, в одну групу об'єднуються автобус і ведмідь тому, що обидва «схильні до плавного початку руху»).

Хід дослідження детально протоколюють. Реєструють всі використані способи групування – правильні та хибні, конкретність рішень, ступінь розуміння інструкції, створення однойменних груп, виділення окремих карток, утворення однойменних груп, незвичайні рішення, різноплановість, спотворення процесу узагальнення.

На підставі методики класифікації понять можна підтвердити наявні клінічно виявлені розлади мислення, специфічні для певних груп психічних захворювань. Так, конкретність мислення може підтверджувати наявність психічних розладів органічного генезу, схильність до зайвої деталізації - епілептичний характер асоціативних порушень, мислення, що керується латентними ознаками - на порушення мислення шизофренічного спектру.

## 2. Методика виключення

Призначена для дослідження процесів узагальнення та відволікання. Досліджуваному дають інструкцію виключити зайвий предмет. Існують словесний та малюнковий варіанти даної методики.

В словесному варіанті досліджуваному пропонують бланк з групами по 5 слів, одне з яких є зайвим.

### Стимульний матеріал:

*Дряхлий, старий, изношенный, маленький, ветхий.*

*Смелый, храбрый, отважный, злой, решительный,*

*Василий, Федор, Семен, Иванов, Порфирий.*

*Молоко, сливки, сыр, сало, сметана.*

*Скоро, быстро, поспешно, постепенно, торопливо.*

*Глубокий, высокий, светлый, низкий, мелкий.*

*Лист, почка, кора, дерево, сук.*

*Дом, сарай, изба, хижина, здание.*

*Береза, сосна, дерево, дуб, ель.*

*Темный, светлый, голубой, ясный, тусклый.*

*Гнездо, нора, муравейник, курятник, берлога.*

*Неудача, крах, провал, поражение, волнение.*

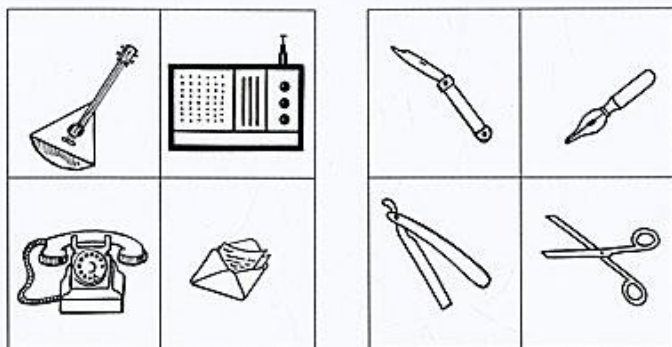
*Молоток, гвоздь, клещи, топор, долото.*

*Минута, секунда, час, вечер, сутки.*

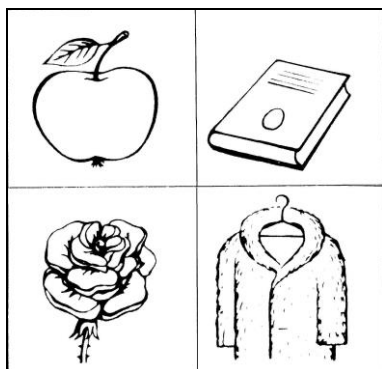
*Грабеж, кража, землетрясение, поджог, нападение.*

*Успех, победа, удача, спокойствие, выигрыш.*

Предметний варіант методики являє собою набір карток, на кожній з яких зображено 4 предмета, один з яких є зайвим. Наприклад:



Завдання поступово ускладнюють. В предметному варіанті передбачені картки, для яких немає правильного рішення. Здорові досліджувані при цьому відмовляються виконувати завдання, стверджуючи, що воно нездійсненне, або свідомо дають формальну відповідь.



### 3.Методика виділення суттєвих ознак

Спрямована на дослідження операції відволікання. Для дослідження використовують спеціальний бланк.

#### Стимульний матеріал:

1. Сад (рослини, садівник, собака, паркан, земля).
2. Сарай (сіновал, коні, дах, худоба, стіни).
3. Ділення (клас, чисельник, олівець, знаменник, папір).
4. Каблучка (діаметр, діамант, проба, округлість, печатка).
5. Гра (карти, гравці, штрафи, покарання, правила).
6. Куб (кути, креслення, сторона, камінь, дерево).

### 4.Методика утворення аналогій

Обстежуваному пропонують на бланку 20 пар слів, між якими є певні абстрактні зв'язки, на цьому ж бланку в квадраті "Шифр" розташовані 6 пар слів з відповідними цифрами від 1 до 6. У бланку слід протягом 3 хвилин обвести кружком відповідну цифру, аналогічну співвідношенню в ключі.

<b>Шифр</b>	
А. Овца – стадо	
Б. Малина – ягода	
В. Море – океан	
Г. Свет – темнота	
Д. Отравление – смерть	
Е. Враг – неприятель	

- |                      |             |                          |             |
|----------------------|-------------|--------------------------|-------------|
| 1. Испуг – бегство   | А Б В Г Д Е | 11. Месть – поджог       | А Б В Г Д Е |
| 2. Физика – наука    | А Б В Г Д Е | 12. Десять – число       | А Б В Г Д Е |
| 3. Правильно – верно | А Б В Г Д Е | 13. Плакатъ – реветъ     | А Б В Г Д Е |
| 4. Грядка – огород   | А Б В Г Д Е | 14. Глава – роман        | А Б В Г Д Е |
| 5. Пара – два        | А Б В Г Д Е | 15. Покой – движение     | А Б В Г Д Е |
| 6. Слово – фраза     | А Б В Г Д Е | 16. Смелость – геройство | А Б В Г Д Е |
| 7. Бодрый – вялый    | А Б В Г Д Е | 17. Прохлада – мороз     | А Б В Г Д Е |
| 8. Свобода – воля    | А Б В Г Д Е | 18. Обман – недоверие    | А Б В Г Д Е |
| 9. Страна – город    | А Б В Г Д Е | 19. Пение – искусство    | А Б В Г Д Е |
| 10. Похвала – брань  | А Б В Г Д Е | 20. Тумбочка – шкаф      | А Б В Г Д Е |

## 5.Методика піктограм

Методика запропонована Виготським як один з методів дослідження опосередкованого запам'ятовування. Проте на сьогодні ця методика використовується не лише для дослідження пам'яті, а й для дослідження операцій мислення.

Піктограма – це образ, який створює досліджуваний з метою опосередкованого запам'ятовування. Таким чином ми отримуємо можливість дослідити самостійну мисленнєву продукцію досліджуваного.

Досліджуваному дають аркуш паперу, олівець або ручку, і кажуть, що зараз він почує слова і словосполучення, для запам'ятовування кожного з яких потрібно зробити маленький нескладний малюнок. Словесні або буквені позначення забороняють.

Всього досліджуваному називають 10-15 слів в порядку ускладнення, враховуючи його вік та рівень культурного розвитку. Обов'язковими є слова з емоційним забарвленням. Потім досліджуваного просять за малюнками відтворити відповідні слова.

Детальніше див. Херсонський Б.Г, Метод піктограм в психодіагностиці, 2003.

### Стимульний матеріал:

- 1) *Весельй праздник*
- 2) *Тяжелая работа*
- 3) *Вкусный ужин*
- 4) *Болезнь*
- 5) *Печаль*
- 6) *Счастье*
- 7) *Любовь*
- 8) *Развитие*

- 9) *Разлука*
- 10) *Обман*
- 11) *Победа*
- 12) *Подвиг*
- 13) *Вражда*
- 14) *Справедливость*
- 15) *Сомнение*
- 16) *Дружба*

Оцінюють:

- 1) техніку виконання малюнку (величина, завершеність, оформлення, підкреслення, наявність уточнюючих ліній, відмінності і схожість малюнків, створених для різних понять);
- 2) розташування малюнків на аркуші;
- 3) принцип, взятий за основу асоціативного ряду для запам'ятовування;
- 4) ступінь оригінальності або стандартності.

Висновки по тесту відображають особливості асоціативної діяльності і виражаються наступними типовими словосполученнями:

**Переважає стандартних образів** - у випадках, коли малюнки співпадають з тими, які використовує більшість осіб в даній культурі (наприклад, зображення прапорів, кульок, ялинок для запам'ятовування поняття «веселе свято»).

**Переважає атрибутивних образів** - у випадках, коли при зображенні заданих понять використовується принцип приналежності до чого-небудь, тобто домінують малюнки, що відображають предмети чи явища, які є невід'ємною частиною заданого поняття (наприклад, зображення важких речей, що асоціюються з «важкою роботою»).

**Переважає конкретних образів** - у випадках, коли малюнки містять предмети чи явища, безпосередньо пов'язані з ситуацією (наприклад, людина лежить у ліжку при зображенні поняття «хвороба»).

**Переважає метафор** - у випадках, коли при зображенні заданого поняття використовуються конкретні образи, прямо з ним не пов'язані і абстрагування (наприклад, хмара, що закриває сонце при зображенні «хвороби»).

**Переважає персоніфікованих та індивідуально значущих образів** - у випадках, коли при зображенні заданих понять використовуються індивідуально-значущі образи (наприклад, дитина на поняття «щастя»).

**Переважає органічної графіки** - у випадках, коли в малюнках переважає незавершеність ліній в тих образах, які вимагають завершеності (наприклад, коло), повторне або неодноразове проведення ліній.

**Груба органічна графіка** - у випадках, коли домінують макрографічні образи, відзначається підкреслювання, обрамлення, надмірна стереотипність малюнків.

**Переважає геометричних фігур** - у випадках, коли поняття зображуються переважно геометричними фігурами.

**Стереотипія людськими фігурами** - у випадках, коли в малюнках переважає зображення людських фігур.

Вважається, що при психічній нормі в піктограмах переважають конкретні, атрибутивні, стандартні та впорядковані образи. При органічних ураженнях головного мозку - надмірна стереотипність, упорядкованість, акуратність в зображеннях і чітке нумерування малюнків, їх низька диференційованість, незавершеність ліній, підкреслювання, обрамлення зображень. При шизофренії домінують абстрактні образи, можлива стереотипія, але не за рахунок людських фігур, літерне зображення та геометричні фігури, а також атипове (несиметричне, негармонійне) розташування малюнків на аркуші.

## **6.Методика Еббінгауза**

Читаючи текст, досліджуваній повинен вставити пропущені слова відповідно до змісту розповіді.

### **Стимульний матеріал:**

*Над городом низко повисли снеговые ..... Вечером началась ..... Снег повалил большими ..... Холодный ветер выл как ..... дикий ..... На конце пустынной и глухой ..... вдруг показалась какая-то девочка. Она медленно и с ..... пробиралась по ..... Она была худа и бедно ..... Она продвигалась медленно вперед, валенки сваливались с ног и ..... ей идти. На ней было плохое ..... с узкими рукавами, а на плечах ..... Вдруг девочка ..... и наклонившись, начала что-то ..... у себя под ногами. Наконец она стала на ..... и своими посиневшими от ..... ручонками стала ..... по сугробу.*

### **Еквівалентна форма:**

*Стал дед очень стар. Ноги у него не....., глаза не....., уши не....., зубов не стало. И когда он ел, у него текло изо..... Сын и невестка перестали его за..... сажать и давали ему.....за печкой. Снесли ему раз обедать в....., он хотел ее подвинуть, да уронил на....., чашка и.....Стали тут..... бранить старика за то, что он им все в.....портит и.....бьет.*

## **7.Методика розуміння переносного змісту прислів'їв і метафор**

Спрямована на дослідження рівня, цілеспрямованості та критичності мислення.

Досліджуваному називають декілька часто використовуваних метафор та прислів'їв та просять пояснити їх значення.

### **Стимульний матеріал:**

1. Куй железо, пока горячо.
2. Не в свои сани не садись.
3. Нет дыма без огня.
4. Не все о золото, что блестит.
5. Лес рубят - щепки летят.
6. Шила в мешке не утаишь.
7. В тихом омуте черти водятся.
8. Любишь кататься - люби и саночки возить.
9. Что посеешь, то и пожнешь.
10. Не все коту масленица.
11. Цыплят по осени считают.
12. Нечего на зеркало пенять, коли рожа крива.
13. Не красна изба углами, а красна пирогами.
14. Тише едешь - дальше будешь.
15. Взятся за гуж - не говори, что не дюж.
16. Семь раз отмерь - один раз отрежь.
17. По одежке встречают, по уму провожают.
18. Не по Сеньке шапка.
19. Как аукнется, так и откликнется.
20. Мал золотник, да дорог.
21. Горбатого могила исправит.
22. Один в поле не воин.
23. Кривить душой.

24. Кот наплакал.
25. Глас вопиющего в пустыне.
26. Кишка тонка.
27. Два сапога - пара.
  
28. Вбить себе в голову.
29. Голова садовая.
30. Язык мой - враг мой.
31. Заставь дурака богу молиться - лоб расшибет.
32. Молодец среди овец.
33. Мурашки по коже.
34. Один с сошкой, семеро с ложкой.
35. Как обухом по голове.
36. Комар носа не подточит.
37. Пятое колесо в телеге.
38. Дальше в лес - больше дров.
39. Как гром среди ясного неба.
40. Денег куры не клюют.
41. Душа ушла в пятки.
42. Бросить тень на плетень.
43. Толочь воду в ступе.
44. Пустить козла в огород.
45. Мало каши ел.
46. Буря в чайном блюдце.
47. Овчинка выделки не стоит.
48. Рад бы в рай, да грехи не пускают.
49. Запретный плод сладок.
50. Хоть кол на голове теши.
51. Волков бояться в лес не ходить.
52. Отдал Богу душу.
53. Одного поля ягоды.

## 8.Методика порівняння прислів'їв

Є складнішим варіантом попередньої методики. Досліджуваному пропонують картки зі спеціально підібраними прислів'ями і дають завдання згрупувати їх попарно, підібравши до кожного або аналогічне, або протилежне за змістом.

## 9.Методика віднесення фраз до прислів'їв

Модифікація запропонована Б.В. Зегарнік. Досліджуваному пропонують таблиці з прислів'ями або метафорами і значно більшу кількість карток з фразами. Спочатку експериментатор повинен переконатись, що досліджуваний розуміє переносний зміст, а потім пропонує підібрати до кожного прислів'я або метафори відповідну за змістом фразу.

### Стимульний матеріал:

Прислів'я	
<i>Куй железо, пока горячо.</i>	
<i>Цыплят по осени считают.</i>	
<i>Нечего на зеркало пенять, коли рожа крива.</i>	
<i>Не красна изба углами, а красна пирогами.</i>	
<i>Лучше меньше, да лучше.</i>	
<i>Взялся за гуж, не говори, что не дюж.</i>	
<i>Тише едешь, дальше будешь.</i>	
<i>Не в свои сани не садись.</i>	
<i>Не всё то золото, что блестит.</i>	
<i>Семь раз отмерь, а один раз отрежь</i>	

### Фрази до прислів'їв

**Материал разрезают ножницами.**

**Зимой ездят на санях, а летом на телеге.**

**Каждое утро овец выгоняют за деревню.**

**Не всегда то, что нам кажется хорошим, действительно хорошо.**

**Нельзя питаться одними пирогами, надо есть и ржаной хлеб.**

**Если сам отрезал неправильно, то не следует винить ножницы.**

**Если уж поехал куда-нибудь, то с полдороги возвращаться поздно.**

**Цыплята вырастают к осени.**

**О деле судят по результатам.**

**Одну хорошую книгу прочесть полезнее, чем семь плохих.**

**Если не знаешь дела, не берись за него.**

**Кузнец, который работает не торопясь, часто успевает больше, чем тот, который торопится.**

**Чтобы сделать работу лучше, нужно о ней хорошо подумать.**

**Хорошее качество зеркала зависит не от рамы, а от самого стекла.**

Метафори	
<i>Золотая голова.</i>	
<i>Железный характер.</i>	
<i>Ядовитый человек.</i>	
<i>Каменное сердце.</i>	
<i>Зубастый парень.</i>	
<i>Глухая ночь.</i>	

## Фрази до метафор

Умная голова.

Художник сделал статуэтку с позолоченной головой.

Золото ярче железа.

Человек высек на скале сердце.

Сильный характер.

Железо тверже меди.

Железная дорога.

Мальчик наелся сладостей и заболел.

Злой человек.

Его укусила ядовитая змея.

Черствое сердце.

Он всегда с камнем за пазухой.

Больной вместо лекарства глотнул яду.

У Ивана были крепкие и здоровые зубы.

### 10. Методика називання 50 слів

Спрямована на дослідження особливостей асоціацій, а також вказує на словниковий запас та темп психомоторної діяльності досліджуваного. Згідно інструкції досліджуваний повинен якомога швидше назвати 50 слів, окрім розташованих в кімнаті предметів. Експериментатор записує всі слова і фіксує час (в нормі 1,5-2,5 хвилини). Психічно здорові досліджувані називають слова «гніздами» - приблизно по 5 слів, що мають спільні ознаки (наприклад, транспорт). Збільшення «гнізд», повторення тих же слів, асоціації за співзвучністю, недотримання інструкції є важливими діагностичними ознаками.

### 11. Методики виділення закономірностей

До цієї групи належить ряд методик, різних за ступенем складності. Наприклад методика числового ряду – досліджуваному показують ряд чисел, пропонують проаналізувати закономірності побудови ряду і продовжити його.

Наприклад:

1 3 5 7 \_\_ \_\_ (9,11)

15 12 9 6 \_\_ \_\_ (3,0)

### 12. Методика визначення і порівняння понять

Досліджуваному пропонують дати визначення поняттям. Найточнішим вважається визначення, за яким відзначаються родові та видові відмінності поняття.

При порівнянні понять досліджуваному пропонують порівняти однорідні (трамвай-тролейбус), або різнорідні (годинник-річка) поняття.

### 13. Методика формування штучних понять

### 14. Методика розуміння розповідей

Є однією з найдавніших методик. Результати її виконання вказують на здатність до осмислення, а також на стан пам'яті досліджуваного. Для дослідження використовують спеціальні розповіді або притчі, які зачитують або дають прочитати досліджуваному. Потім досліджуваному пропонують відтворити розповідь в усній або письмовій формі. Реєструють характер викладу інформації (словниковий запас, парафазії, темп мовлення, особливості побудови речень, лаконічність або обставинність), а також розуміння переносного змісту розповіді, гумору.

### 15. Методика розуміння сюжетних малюнків

Спрямована на дослідження інтелектуального рівня та оцінку особливостей процесу мислення в динаміці.

Досліджуваному показують серію реалістичних малюнків різної складності ( гумористичних



малюнків або репродукції картин і т.п.) Згідно до інструкції досліджуваний повинен охарактеризувати зміст малюнку.

#### 16. Методика складання малюнків з відрізків

Запропонована Бернштейном для дослідження інтелектуального рівня.

Досліджуваному пропонують скласти 6 малюнків, розрізаних на частини. Реєструють час роботи, кінцевий результат, а також особливості роботи досліджуваного.

#### 17. Методика встановлення послідовності подій

Запропонована Бернштейном для дослідження операцій узагальнення і відволікання.

Досліджуваному показують серію сюжетних малюнків (часто використовують розповіді в малюнках Бідструпа). В інструкції повідомляють, що на малюнках зображена певна подія і потрібно розмістити малюнки таким чином, щоб утворилась послідовна розповідь про цю подію.

#### 18. Асоціативний експеримент

З фізіологічної точки зору дослідження асоціацій є не що інше, як дослідження утворених в минулому життєвому досвіді тимчасових зв'язків, які відтворюються під дією слів-подразників і виражаються в мовних реакціях. Методика придатна для вивчення швидкості утворення асоціативних зв'язків, темпу мислення, розвиненості процесів узагальнення та відволікання, інших особливостей мислення та особистості в цілому. Варіантів проведення асоціативного експерименту декілька.

Досліджуваному зачитують заздалегідь підготовлений рід з 30-40 слів, ніяк не пов'язаних між собою. За інструкцією досліджуваний повинен на кожне слово відповідати будь-яким першим словом, яке спало йому на думку. Час між словом дослідника і відповіддю досліджуваного та зміст відповіді реєструють.

Середній латентний період для психічно здорових досліджуваних – 0,5-1,5 с. Афектогенні слова зазвичай збільшують латентний період.

За якістю відповіді всі мовні реакції можна класифікувати на **вищі, нижчі і атаксичні**.

**Вищі мовні реакції** можуть бути:

- 1) загально-конкретними з характеристикою якості предмета чи явища ("стіл - дерев'яний", "літо - спекотне"), асоціаціями за контрастом ("верх - низ"), суміжністю ("трамвай - рейки") або інший конкретної взаємозв'язку;
- 2) індивідуально-конкретними ("брат - мій", "місто - Архангельськ");
- 3) абстрактними, тобто досліджуваний називає родові поняття відносно слова-подразника ("соловей - птах", "квас - напій").

**Нижчі мовні реакції** включають наступні варіанти:

- 1) орієнтовні (замість відповіді досліджуваний запитує: вогонь - "де?", "який?");
- 2) відмовні ("не знаю", "не можу" і т.п.);
- 3) співзвучні (в риму: "оса - коса", "брат - брати");
- 4) екстрасигнальні (відповідь не пов'язана зі словом-подразником, але пов'язана з предметом або явищем в сфері сприйняття хворого: чує шум дощу за вікном і на слово "дружина" відповідає "дощ");
- 5) вигуківі ("ой", "ох", "ну");
- 6) персеверативні (на 2,3 і більше слів-подразників відповідає одним і тим же словом);
- 7) ехолоалічні - повторення слова подразника або повторення з додаванням відповіді ("дім" - "будинок", "сад" - "сад великий").

**Атаксичні мовні реакції** виникають без жодного змістового або формального зв'язку зі словом-подразником, що часто спостерігається у хворих на шизофренію ("їжа-вухо", "лікар-гас").

При обробці результатів звертають увагу на швидкість утворення відповідних реакцій: вираховується середній латентний період, а також величина його на початку (перші 5 слів) та в кінці (останні 5 слів) досліджу. Якісний аналіз здійснюється шляхом порівняння оцінок з оцінками, отриманими в групі здорових осіб. У нормі вищі мовні реакції повинні складати не менше 98%

всіх відповідей, серед них загально-конкретні - 68-72%, індивідуально-конкретні - 8-12%, абстрактні - 20%. Нижчі, атаксичні і багатослівні відповіді в нормі відсутні.

**Стимульний матеріал:**

хліб \_\_\_\_\_  
лампа \_\_\_\_\_  
спів \_\_\_\_\_  
колесо \_\_\_\_\_  
краса \_\_\_\_\_  
війна \_\_\_\_\_  
повітря \_\_\_\_\_  
розвиток \_\_\_\_\_  
дзвінок \_\_\_\_\_  
печера \_\_\_\_\_  
нескінченність \_\_\_\_\_  
місяць \_\_\_\_\_  
брат \_\_\_\_\_  
лікування \_\_\_\_\_  
сокира \_\_\_\_\_  
падіння \_\_\_\_\_  
брехня \_\_\_\_\_  
голова \_\_\_\_\_  
сумнів \_\_\_\_\_  
гра \_\_\_\_\_  
мета \_\_\_\_\_  
глибина \_\_\_\_\_  
народ \_\_\_\_\_  
права \_\_\_\_\_  
сварка \_\_\_\_\_  
жорстокість \_\_\_\_\_  
метелик \_\_\_\_\_  
пошук \_\_\_\_\_  
смуток \_\_\_\_\_  
совість \_\_\_\_\_

## Клінічні шкали та опитувальники

1. Шкала депресії Бека
2. Методика диференціальної діагностики депресивних станів Цунга
3. Шкала Гамільтона для оцінки депресії (HDRS)
4. Тест Спілбергера-Ханіна
5. Шкала Гамільтона для оцінки тривоги (HARS)
6. Методика вимірювання рівня тривожності Тейлор

### 1. Шкала депресії Бека

#### Опис методики

Шкала депресії Бека (Beck Depression Inventory) запропонована А.Т. Беком в 1961 р. і розроблена на основі клінічних спостережень, які дозволили виявити обмежений набір найбільш релевантних і значущих симптомів депресії і найбільш частих скарг. Після співвіднесення цього списку параметрів з клінічними описами депресії, що містяться у відповідній літературі, був розроблений опитувальник, що включає в себе 21 категорію симптомів і скарг. Кожна категорія складається з 4-5 тверджень, які відповідають специфічним проявам/симптомам депресії. Ці твердження ранжовані в міру збільшення питомого внеску симптому в загальний ступінь важкості депресії. Відповідно до ступеня вираженості симптому, кожному пункту присвоєні значення від 0 (симптом відсутній, або виражений мінімально) до 3 (максимальна вираженість симптому). Деякі категорії включають в себе альтернативні твердження, що мають еквівалентну питому вагу.

У первинному варіанті методика заповнювалася за участі кваліфікованого експерта (психіатра, клінічного психолога чи соціолога), який зачитував вголос кожен пункт з категорії, а після просив пацієнта вибрати твердження, найбільш відповідає його стану на поточний момент. Пацієнту видавалася копія опитувальника, за яким він міг стежити за читаними експертом пунктами. На підставі відповіді пацієнта дослідник відзначав відповідний пункт на бланку. На додаток до результатів тестування дослідник враховував анамнестичні дані, показники інтелектуального розвитку та інші параметри.

В даний час вважається, що процедура тестування може бути спрощена: опитувальник видається на руки пацієнту і заповнюється ним самостійно.

Показник по кожній категорії розраховується наступним чином: кожен пункт шкали оцінюється від 0 до 3 згідно з наростанням важкості симптому. Сумарний бал складає від 0 до 62 і знижується відповідно до поліпшення стану.

#### Обробка та інтерпретація результатів

При інтерпретації даних враховується сумарний бал за всіма категоріями.

0-9 - відсутність депресивних симптомів

10-15 - легка депресія (субдепресія)

16-19 - помірна депресія

20-29 - виражена депресія (середньої важкості)

30-63 - важка депресія

Градуально оцінюється вираженість 21 симптому депресії.

Пункти 1-13 - когнітивно-афективна субшкала (CA)

Пункти 14-21 - Субшкала соматичних проявів депресії (SP)

## 2.Методика диференціальної діагностики депресивних станів Цунга

Шкала Цунга для самооцінки депресії (англ. Zung Self-Rating Depression Scale) - тест для самооцінки депресії, що був розроблений в Університеті Дюка психіатром доктором Вільямом Цунгом. Тест дозволяє оцінити рівень депресії пацієнтів і визначити ступінь депресивного розладу. За допомогою «Шкали Цунга» досліджуваний або лікар можуть провести самостійне обстеження або скринінг депресії. Тест «Шкала Цунга» володіє високою чутливістю та специфічністю і дозволяє уникнути додаткових економічних і часових витрат.

У тестуванні враховується 20 чинників, які визначають чотири рівні депресії. Тест містить десять позитивно сформульованих і десять негативно сформульованих питань. Кожне питання оцінюється за шкалою від 1 до 4 (на основі відповідей: «ніколи», «іноді», «часто», «постійно»).

Результати поділяються на чотири діапазони:

<b>25-49</b>	<b>Нормальний стан</b>
<b>50-59</b>	<b>Легка депресія</b>
<b>60-69</b>	<b>Помірна депресія</b>
<b>70 і вище</b>	<b>Важка депресія</b>

### Обробка та інтерпретація результатів

Рівень депресії (РД) розраховується за формулою:

$$РД = \Sigma пр + \Sigma обр.$$

де  $\Sigma пр$  - сума закреслених цифр до "прямих" висловлювань № 1,3,4,7,8,9,10,13,15,19;

$\Sigma обр.$  - Сума цифр, "зворотних" закресленим, до висловлювань № 2, 5, 6, 11, 12,14,16,17, 18,20.

### Наприклад:

у висловлювання № 2 закреслена цифра 1, ми ставимо в суму 4 бали;

у висловлювання № 5 закреслена відповідь 2 - ставимо в суму 3 бали;

у висловлювання № 6 закреслити відповідь 3 - ставимо в суму 2 бали;

у висловлювання № 11 закреслена відповідь 4 - ставимо в суму 1 бал і т.д

### В результаті отримуємо РД, який коливається від 20 до 80 балів.

Якщо РД не більше 50 балів, то діагностується стан без депресії.

Якщо РД більше 50 і менше 59 балів, - робиться висновок про легку депресію ситуативного чи невротичного генезу.

Показник РД від 60 до 69 балів - субдепресивний стан або маскована депресія.

Істинно депресивний стан діагностується при РД понад 70 балів.

## 3. Шкала Гамільтона для оцінки депресії (HDRS)

Шкала Гамільтона [Hamilton M., 1967] для оцінки депресії - один з найпоширеніших за частотою використання інструментів в клініці афективної патології. Застосовують кілька версій шкали (17, 21 і 23 пункту). Оригінальна версія містить 23 пункти, 2 з яких (16-й і 18-й) складаються з двох частин - А і Б, що заповнюються альтернативно. Шкала забезпечує простий спосіб оцінки важкості депресії в динаміці.

### Рекомендації щодо застосування шкали

Важкість симптомів депресії в динаміці шляхом повторного тестування оцінюється об'єктивно. Відповідно дослідник повинен бути кваліфікованим і досвідченим психіатром або пройти необхідне навчання. Для оцінки слід вибирати варіант відповіді, найбільш точно характеризує стан пацієнта, якому слід надати можливість докладної відповіді на запитання.

При інтерпретації даних необхідно пам'ятати, що значення балів пунктів 4-6,12-14,16-18, в яких змінні не можуть бути виражені кількісно, оцінюються якісно (від 0 до 2 балів). Пункти 18-21 не вимірюють вираженість депресії.

Оцінка тяжкості депресії за шкалою HDRS здійснюється наступним чином:

- сума балів від 0 до 7 свідчить про відсутність депресії;
- сумарні значення для малого депресивного епізоду складають 7-16 балів;

- нижнє граничне значення для великого депресивного епізоду - понад 16 балів;
- максимально можливий загальний бал становить 52 і відповідає крайньому ступеню важкості депресивного синдрому.

#### **4.Тест Спілбергера-Ханіна**

##### **Опис методики**

Даний тест є інформативним засобом самооцінки рівня тривожності в даний момент часу (реактивна тривожність, як стан) та особистісної тривожності (як стійкої характеристики людини). Розроблений Ч.Д.Спілбергером і адаптований Ю.Л.Ханіним.

##### **Обробка результатів**

Визначення показників ситуативної та особистісної тривожності за допомогою ключа. На основі оцінки рівня тривожності складання рекомендацій для корекції поведінки досліджуваного.

##### **Інтерпретація результатів**

При аналізі результатів самооцінки слід мати на увазі, що загальний підсумковий показник по кожній з підшкал може знаходитися в діапазоні від 20 до 80 балів. При цьому чим вище підсумковий показник, тим вище рівень тривожності (ситуативної або особистісної).

При інтерпретації показників можна використовувати наступні орієнтовні оцінки тривожності:

до 30 балів - низька,

31 - 44 бали - помірна;

45 і більше - висока.

Особи, що відносяться до категорії високо тривожних, схильні сприймати загрозу своїй самооцінці і життєдіяльності у великому діапазоні ситуацій і реагувати дуже вираженим станом тривожності. Якщо психологічний тест виявляє у випробуваного високий показник особистісної тривожності, то це дає підставу припускати в нього появу стану тривожності в різноманітних ситуаціях, особливо коли вони стосуються оцінки його компетенції та престижу. Особам з високою оцінкою тривожності слід формувати почуття впевненості й успіху. Їм необхідно зміщати акцент з зовнішньої вимогливості, категоричності, високу значимість в постановці задач на змістовне осмислення діяльності та конкретне планування по підзадачам. Для низькотривожних людей, навпаки, потрібно пробудження активності, підкреслення мотиваційних компонентів діяльності, збудження зацікавленості, висвітлення почуття відповідальності у вирішенні тих чи інших завдань. Стан реактивної (ситуативної) тривоги виникає при потраплянні в стресову ситуацію і характеризується суб'єктивним дискомфортом, напруженістю, занепокоєнням і вегетативним збудженням. Природно, цей стан відрізняється нестійкістю в часі і різною інтенсивністю в залежності від сили впливу стресової ситуації. Таким чином, значення підсумкового показника по даній підшкалам дозволяє оцінити не тільки рівень актуальної тривоги випробуваного, а й визначити, чи знаходиться він під впливом стресової ситуації і яка інтенсивність цього впливу. Особистісна тривожність являє собою конституційну межу, яка обумовлює схильність сприймати загрозу в широкому діапазоні ситуацій. При високій особистісній тривожності кожна з цих ситуацій буде мати стресовий вплив на суб'єкта і викликати у нього виражену тривогу. Дуже висока особистісна тривожність прямо корелює з наявністю невротичного конфлікту, з емоційними і невротичними зривами і психосоматичними захворюваннями. Зіставлення результатів за обома підшкалам дає можливість оцінити індивідуальну значимість стресової ситуації для випробуваного. Шкала Спілбергера в силу своєї відносної простоти і ефективності широко застосовується в клініці з різними цілями: визначення вираженості тривожних переживань, оцінка стану в динаміці і ін.

#### **5. Шкала Гамільтона для оцінки тривоги (HARS)**

##### **Опис методики**

Шкала Гамільтона для оцінки тривоги (HARS) - інструмент, що найширше використовують у випробуваннях лікарських засобів. HARS призначена для точної оцінки ступеня тяжкості тривожного синдрому у пацієнтів з уже встановленим діагнозом тривожного розладу і для оцінки

тривоги у пацієнтів, які страждають на інші розлади, найчастіше депресивні. Шкала здебільшого заснована на суб'єктивній оцінці пацієнта, що є важливим критерієм оцінки захворювання до початку терапії та поліпшення стану після лікування. HARS вважається ефективним і точним інструментом вимірювання тяжкості тривожного синдрому, навіть не дивлячись на те, що вона не дозволяє достатньо точно оцінювати генералізовану тривогу.

### Регістраційний бланк до шкали Гамільтона (HARS)

За кожним пунктом шкали ставиться оцінка:

0 - відсутність; 1 - слабкий ступінь; 2 - помірний ступінь; 3 - важкий ступінь; 4 - дуже важкий ступінь.

Дата: -----

ПІБ: -----

Пункт шкали	Показники (обвести ті, що відповідають стану)				
	0	1	2	3	4
1. Тривожний настрій (заклопотаність, очікування найгіршого, тривожні побоювання, дратівливість)	0	1	2	3	4
2. Напруга (відчуття напруги, плаксивість, що легко виникає, тремтіння, відчуття неспокою, нездатність розслабитися)	0	1	2	3	4
3. Страх (темряви, незнайомих, самоти, тварин, натовпу, транспорту)	0	1	2	3	4
4. ІНСОМНІЯ (утруднене засипання, переривчастий сон, що не приносить відпочинку, відчуття розбитості та слабкості при пробудженні, кошмарні сні)	0	1	2	3	4
5. Інтелектуальні порушення (утруднення концентрації уваги, погіршення пам'яті)	0	1	2	3	4
6. Депресивний настрій (втрата звичайних інтересів і відчуття задоволення від хобі, пригніченість, ранні пробудження, добові коливання настрою)	0	1	2	3	4
7. Соматичні м'язові симптоми (болі, сипання, напруга, судоми клонічні, скрипіння зубами, голос, що зривається, підвищений м'язовий тонус)	0	1	2	3	4
8. Соматичні сенсорні симптоми (дзвін у вухах, нечіткість зору, приливи жару та холоду, відчуття слабкості, поколювання)	0	1	2	3	4
9. Серцево-судинні симптоми (тахікардія, серцебиття, біль у грудях, пульсація в судинах, часті зітхання)	0	1	2	3	4
10. Респіраторні симптоми (тиск і стиснення у грудях, задуха, часті зітхання)	0	1	2	3	4
11. Гастро-інтестинальні симптоми (утруднене ковтання, метеоризм, біль у животі, печія, відчуття переповненого шлунку, нудота, блювання, бурчання у животі, діарея, закрепи, зниження маси тіла)	0	1	2	3	4
12. Сечостатеві симптоми (прискорене сечовипускання, сильні позиви до сечовипускання, аменорея, менорагія, фригідність, передчасна еякуляція, втрата лібідо, імпотенція)	0	1	2	3	4
13. Вегетативні симптоми (сухість у роті, почервоніння або блідість шкіри, пітливість, головний біль з відчуттям напруги)	0	1	2	3	4

14. Поведінка при огляді (совість на стільці, неспокійні жестикуляція та хода, тремор, похмура обличчя, напружений вираз обличчя, зітхання або прискорене дихання, часте глитання слини)	0	1	2	3	4
--	---	---	---	---	---

### Інтерпретація та обробка результатів

- Дослідник повинен бути кваліфікованим психіатром або пройти відповідне навчання.
- Витрати часу - від 20 до 30 хвилин. Час оцінки визначається як «зараз» або «протягом останнього тижня».
- Значення балів по всіх 14 пунктах ранжується від 0 до 4. Сумарний бал приймає значення в інтервалі від 0 до 56.

Виділяються три області значень сумарного балу за шкалою Гамільтона:

- 0 — відсутність тривожного стану,
- 8 — симптоми тривоги,
- 20 — тривожний стан.

При панічному розладі сумарний бал сягає 25-27.

Критерієм ефективності терапії є >50% зниження сумарного балу в порівнянні з початковим.

*Вимірювані змінні.* За сімома пунктами вимірюється соматична тривога, за іншими сімома — психічна. Обидва чинники можуть вимірюватися окремою сумою балів.

*Застосування.* Шкала широко використовується при проведенні випробувань лікарських засобів; як мінімум заповнюється двічі — до початку та після курсу терапії. Додаткові вимірювання проводяться за бажанням дослідника.

### Практичні рекомендації щодо застосування шкали Гамільтона (HARS)

Загальні рекомендації. Дана шкала розроблена для оцінки тяжкості симптомів тривоги (незалежно від невеликих коливань протягом дня, тому питання необхідно адресувати до стану протягом останніх декількох днів або попереднього тижня.

Точність вимірювання залежить, у першу чергу, від кваліфікації та досвіду дослідника й акуратності реєстрації використаної інформації. Не слід тиснути на пацієнта; пацієнту необхідно надати достатньо часу для докладної відповіді на питання, але при цьому не дозволяти йому занадто відхилитися від теми питання. Число прямих запитань повинно бути зведено до мінімуму, питання треба ставити різними способами, комбінуючи варіанти із затверджуючими або негативними відповідями. Бажано отримувати додаткову інформацію від родичів пацієнта, його друзів, медичного персоналу тощо; ця інформація необхідна, якщо є сумніви щодо коректності відповідей пацієнта. Повторні вимірювання повинні проводитися незалежно один від одного. При проведенні повторного вимірювання дослідник не повинен бачити результати попередніх вимірювань, він заповнює лише чистий бланк шкали. Ці рекомендації можуть здатися банальними, але вони вкрай важливі. Дослідник за можливості повинен уникати питань, що пов'язані із зміною стану пацієнта з часу останнього вимірювання.

## 6.Методика вимірювання рівня тривожності Тейлор

### Опис методики

Призначений для вимірювання проявів тривожності. Оpubлікований Дж. Тейлор в 1953 р. Розглянута шкала складається з 50 тверджень, на які обстежуваний повинен відповісти «так» або «ні». Твердження відбиралися з набору тверджень Міннесотського багатоаспектного особистісного опитувальника (MMPI). Вибір пунктів для тесту здійснювався на основі аналізу їх здатності розрізняти осіб з «хронічними реакціями тривоги».

Тестування триває 15-30 хв. Для зручності використання кожне твердження пропонується випробуваному на окремій картці.

Більш відомі варіанти методики в адаптації Т. А. Немчинова і В. Г. Норакідзе, який в 1975 р. доповнив опитувальник шкалою брехні, що дозволяє судити про демонстративність, нещирість у відповідях. Обидва варіанти опитувальника використовуються при індивідуальному і груповому обстеженні, здатні вирішувати як теоретичні, так і практичні завдання і можуть бути включені в батарею інших тестів.

### **Обробка результатів**

Спочатку слід обробити результати за шкалою брехні. Вона діагностує схильність давати соціально бажані відповіді. Якщо цей показник перевищує 6 балів, то це свідчить про нещирість випробуваного.

Потім підраховується сумарна оцінка за шкалою тривоги.



## Методи дослідження пам'яті

Методики, спрямовані на дослідження пам'яті знайшли своє застосування у загальній та прикладній психології. Різноманітні розлади пам'яті є важливою діагностичною ознакою багатьох психічних розладів, зокрема пов'язаних з органічними ураженнями головного мозку. Проби на пам'ять часто надають інформацію не лише про властивості пам'яті, але й про особливості перебігу таких процесів, як увага та мислення. Тести пам'яті практично завжди включаються у вигляді окремих субтестів у комплексні тестові батареї для дослідження інтелекту.

Дослідження пам'яті починається ще в процесі бесіди та спостереження за хворим. У бесіді можна перевірити збереженість пам'яті на нещодавні та віддалені події особистого та суспільного життя, загальний запас знань, відтворення дат, імен навколишніх осіб, а також виявити порушення пам'яті. Так, при підозрі на наявність у хворого конфабуляцій і псевдоремінісценцій, особливо якщо бракує об'єктивних відомостей, можна співставити отримані кілька разів відповіді пацієнта на одні й ті ж запитання або вдатися до навіювання, наприклад, запитати хворого, який вперше бачить лікаря, коли він бачився з ним раніше.

Необхідність підтвердження розладів пам'яті часто з'являється в тих випадках, коли розлади слабо виражені.

### Методи психодіагностичного дослідження пам'яті:

- 1.Проби на запам'ятовування (10 слів, штучні звукосполучення)
- 2.Тест зорової та слухової пам'яті (тест Мейлі)
- 3.Проба на асоціативну пам'ять
- 4.Методика піктограм
- 5.Опосередковане запам'ятовування
- 6.Тест зорової ретенції Бентона

### 2.Проби на запам'ятовування

#### • Проба на запам'ятовування 10 слів

Досліджуваному з інтервалом в 1 секунду зачитують 10 двоскладових слів. Підбирати слова слід так, щоб між ними важко було встановити будь-який смисловий зв'язок. Якщо цього не передбачити, то обстежуваний може полегшити собі завдання, використавши мнемотехнічні прийоми. Читання списку слів повторюють 10 разів, щоразу зазначаючи в протоколі кількість правильно відтворених слів, у тому числі два і більше разів, а також появу нових слів, яких в списку не було.

Зазвичай здорові обстежувані відтворюють 10 слів вже після 3-4 повторень (іноді - після 2 повторень): 7, 8, 9, 10, 10, 10, 10, 10, 10.

Через 30-60 хв. обстежуваного просять повторити запам'ятовані слова. У випадках, де зниження пам'яті визначається клінічно, це здійснюють раніше, - через 10-15 хв. У цьому проміжку бажано уникати завдань, пов'язаних із запам'ятовуванням словесного матеріалу, але можна провести дослідження таблицями Шульте, коректурною пробєю і т.д.

При дослідженні хворих можна зустрітись з різноманітними варіантами відповідей при цій простій пробі, і за наявності певного досвіду її аналізу результати дослідження можуть вказувати і на можливі причини порушень запам'ятовування.

Наприклад, криві запам'ятовування у хворого на церебральний атеросклероз (5, 7, 6, 8, 4, 5, 6, 5, 4, 5) і астенічний невроз (6, 9, 10, 10, 10, 6, 5, 8, 7, 6) за конфігурацією дуже схожі, тому що після досягнення певного результату спостерігається подальший спад продуктивності, що може вказувати на явища втоми і виснаження у хворих (астенія). Однак у першому випадку хворий так і не зміг відтворити всі 10 слів при всіх 10 повтореннях (помітно знижений об'єм пам'яті), в той час як у другому випадку обсяг пам'яті досягає максимуму швидко, але не утримується до кінця дослідження внаслідок втоми.

Відтворення з першого пред'явлення менше 4-3 слів (норма 5-9, в середньому 7 слів) - серйозне

свідчення на користь грубих розладів пам'яті, псевдодеменції або симуляції, особливо якщо в двох останніх випадках не діє "ефект краю" (зазвичай краще запам'ятовуються перші і останні слова зі списку). Слід, однак, зауважити, що "ефект краю" у сліпих і слабкозорих людей проявляється в меншій мірі - у них найпродуктивніше відбувається запам'ятовування на початку.

Повторення слів і додавання зайвих свідчить про несвідому тривогу людини, що найчастіше зустрічається в клініці неврозів

Дана проба на запам'ятовування виявляє і наявність звуження обсягу уваги. У цих випадках обстежуваний в наступному повторенні, називаючи нові слова, вже не відтворює слів, які фігурували в попередньому називанні. При цьому сумарні результати після кожного повторення мало відрізняються.

Довготривала пам'ять не порушена, якщо через годину без попередження досліджуваний відтворює не менше 7 слів зі списку.

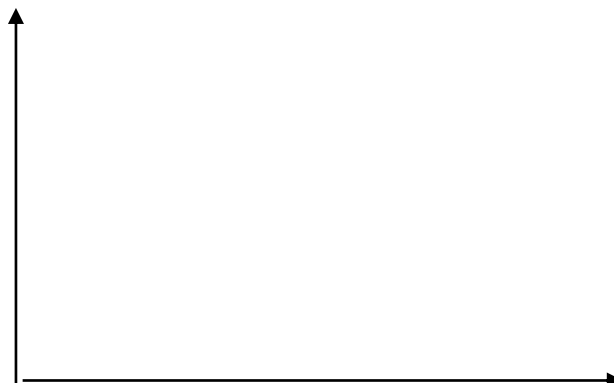
Результати проби на запам'ятовування можуть бути відображені графічно. За кривою запам'ятовування зручно аналізувати особливості заучування. При виснаженості мнестичної функції крива запам'ятовування має зигзагоподібний характер.

Замість слів для запам'ятовування часто дають цифрові ряди, які пропонують відтворити в прямому і зворотному порядку. Можна запропонувати запам'ятати якусь дату, потім попросити порахувати від 1 до 30, а потім попросити цю дату назвати. Здатність до ретенції і особливості символічної пам'яті добре виявляються і при пробах на повторення змісту коротких оповідань, а також при перевірці шкільних знань.

### Стимульний матеріал:

№	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	60 хв.	Зайві слова
море												
книга												
поле												
осінь												
театр												
голуб												
війна												
наука												
сонце												
герой												

### Графік:



## • Проба на запам'ятовування штучних (беззмістовних) звукосполучень

Досліджуваному зачитують 10 двоскладових звукосполучень ("ролам", "вакар", "сига" і т. п.) і просять повторити ті, які він запам'ятав, в будь-якому порядку. Потім експериментатор повторно зачитує ті ж звукосполучення. В нормі обстежувані повністю відтворюють весь ряд після 5-7 повторень.

### 3. Тест зорової та слухової пам'яті (тест Мейлі)

Перший етап проведення тесту полягає в дослідженні зорової пам'яті за допомогою двох серій малюнків.

Кожна серія складається з 30 малюнків із зображеннями різних предметів. Малюнки пред'являються досліджуваному по черзі з інтервалом в 2 с.

**Перша серія:** горщик, віслюк, ключ, тачка, дзвоник, стіл, вишня, черевик, виделка, риба, бочка, голова, буфет, троянда, потяг, крісло, прапор, півень, ножиці, парасолька, ваза, корова, диван, голуб, годинник, старець, окуляри, лампа, нога, піаніно.

**Друга серія:** мушля, ліжко, труба, груша, мітла, коза, букет, трамвай, пила, стілець, хлопчик, молоток, пляшка, підвода, гребінець, гармата, дерево, яблуко, книжка, капелюх, будинок, собака, лавка, двері, чашка, річка, піч, скрипка, портсигар, кінь.

Після показу картинок першої серії роблять перерву на 10 с, а потім перевіряють, скільки предметів запам'ятав обстежуваний. Предмети можна називати в будь-якому порядку. Названі предмети реєструються експериментатором, оскільки можливі повторення або називання предметів, які не були зображені на картках. Обидві серії малюнків по можливості не слід пред'являти в один день.

Крім того, в той день, коли проводилося дослідження зорової пам'яті, обстежуваному не можна пред'являти для запам'ятовування ряд слів.

Аналогічним чином проводять дослідження слухової пам'яті за допомогою спеціально підготовлених двох серій слів, які теж зачитують з інтервалом в 2 с.

**Перша серія:** картон, тиждень, вагон, піаніно, ворона, дзвінок, карта, бджола, малюк, перо, мисливець, вугілля, білка, хлопчина, тополя, груша, скатертина, суп, плащ, кіт, ніж, промокашка, оцет, квітка, праця, небо, сірник, чорнило.

**Друга серія:** таблиця, селянин, рубль, черевик, домна, горбок, окуляри, вода, баран, рушниця, хмара, олівець, самокат, козел, змія, слива, кушетка, жаба, пробка, віз, ніс, берег, салон, готель, гедзь, мило, пательня, птиця, салат, замок.

Отримані результати можуть бути кількісно виміряні у відсотках. Так, успішність виконання завдання дорослими прирівнюється до:

100% при відтворенні 18-20 зорових образів і 20-22 слів

80% - 15-16 образів чи слів

60% - 14 образів і 13-14 слів

40% - 12-13 образів і 13 слів

20% - 11-12 образів і 9-11 слів.

### 4. Проба на асоціативну пам'ять

Обстежуваному зачитують десять пар відносно однорідних слів, між якими легко встановлюються смислові зв'язки. Наприклад: річка - море; яблуко - груша і т. д. Експериментатор зачитує ці слова, чітко відокремлюючи пари паузами. Потім він зачитує перше слово з кожної пари, а обстежуваний називає друге слово. Зазвичай здорові обстежувані виконують завдання після двох повторень, а іноді відразу, після першого зачитування слів. Проба на асоціативну пам'ять є одним з варіантів дослідження опосередкованого запам'ятовування. Відомо багато модифікацій цієї методики. Зокрема, одна з них входить до складу шкали пам'яті Векслера.

Враховуючи можливі відмінності характеру асоціативних зв'язків і бажаючи прослідкувати, як ці розходження позначаються на запам'ятовуванні, Ю. А. Машек (1973) запропонував наступну модифікацію. Обстежуваному для запам'ятовування пропонується 10 груп парних асоціацій, складених за певним принципом смислового зв'язку.

Це різні зв'язки понять: протилежні поняття (південь - північ, любов - ненависть), поняття різної величини (пагорб - гора, страх - жах), вмістилище і вміст (графин - вода, шафа - одяг), причина і наслідок (укол - біль), частина і ціле (слово - фраза, зерно - колос), знаряддя і об'єкт праці (земля - лопата), абстрактні і конкретні поняття (мистецтво - картина). Далі пропонувалися пари слів, що утворюють судження (орел - птах), звичні словосполучення (точка - тире), важко поєднувані слова (курка - портсигар). Після перевірки запам'ятовування кожної групи слів влаштовують перерву на 2 хв., а після пред'явлення п'яти груп - на 30 хв.

Зіставлення отриманих результатів у одного і того ж хворого при дослідженні пробами на запам'ятовування дозволяє судити про збереженість механічної і логічної (сислової) пам'яті, порівняти показники безпосереднього і опосередкованого запам'ятовування.

## **5.Методика піктограм**

### **6.Опосередковане запам'ятовування**

Методика розроблена А. Н. Леонтьєвим (1928) для дослідження логічного, або опосередкованого, запам'ятовування. Результати дослідження свідчать не тільки про стан пам'яті, але і про особливості мислення.

Обстежуваному зачитують 10-15 слів і пропонують підібрати до кожного відповідний за змістом малюнок. На столі лежить 20-30 карток з малюнками, які передбачають різні можливості опосередкування. Ці малюнки не повинні бути прямою ілюстрацією до зачитаних слів. Обстежуваний повинен встановити смисловий зв'язок між словом і малюнком, наприклад, до слова "море" - пароплав, до слова "дощ" - парасольку і т. д. Щоразу, підбравши потрібний малюнок, обстежуваний повинен пояснити мотиви свого рішення. Потім перевіряють, наскільки підібрані малюнки допомагають обстежуваному відтворювати задані на початку досліду слова і тим самим отримують враження про стан логічної пам'яті.

Ця методика в певній мірі дозволяє оцінювати інтелектуальний рівень обстежуваного.

### **7.Тест зорової ретенції Бентона**

Для дослідження зорової пам'яті можна використовувати портрети відомих хворому осіб, набори малюнків і різних геометричних фігур (наприклад, тести зорової ретенції Бентона, Бендера та інші).

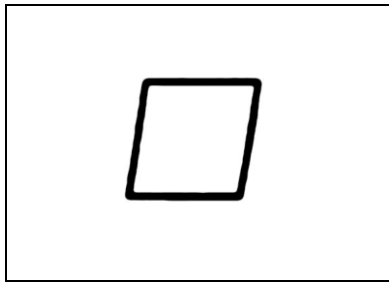
Тест Бентона складається з набору карток з геометричними фігурами. Після 10-секундної експозиції випробовуваний повинен відтворити намальовані фігури по пам'яті. Тест дозволяє виявляти порушення пам'яті при органічних захворюваннях мозку.

### **Стимульний матеріал:**

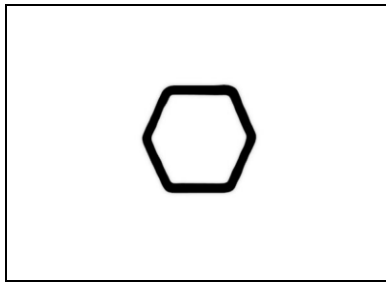
№1

№2

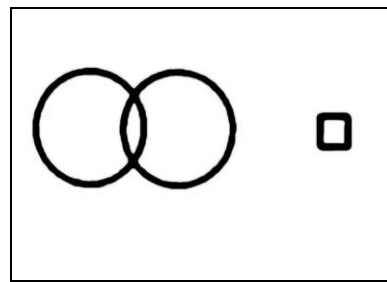
№3



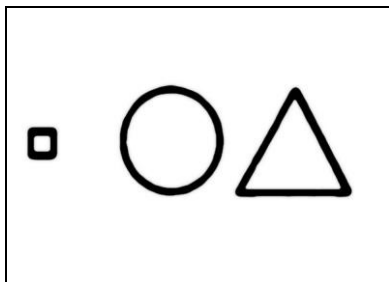
№4



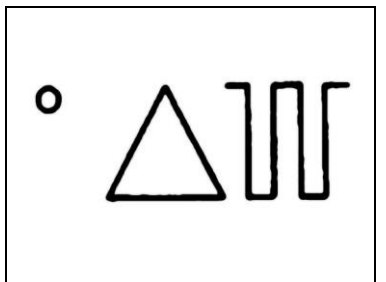
№5



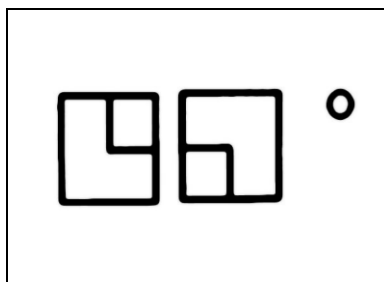
№6



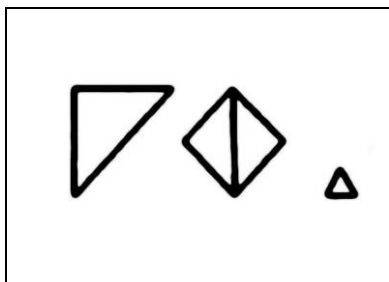
№7



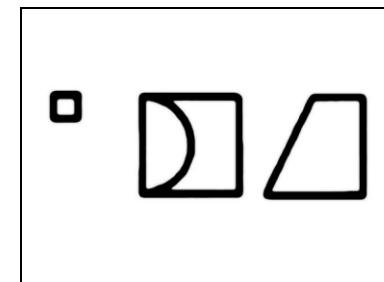
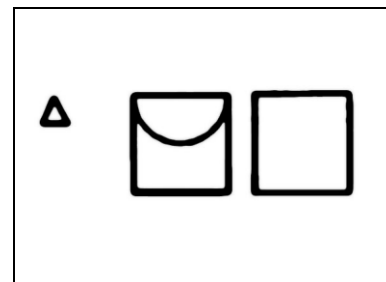
№8



№9



№9



У **візуально-моторному гештальт-тесті Бендера** використовуються картки з геометричними фігурами, але випробуваний повинен спочатку намалювати запропоновані фігури з оригіналу, а потім по пам'яті. Крім розладів пам'яті, тест виявляє порушення зорово-моторної координації, яка зустрічається при органічних захворюваннях мозку. Контамінації (включення деталей різних зразків в одну фігуру) зустрічаються у хворих на шизофренію.

## Проби на деменцію

До найвідоміших та найбільш часто використовуваних у клінічній практиці проб на деменцію належать:

1. Коротка шкала оцінки психічного статусу - (Mini Mental State Examination — MMSE)
2. Тест «Малювання годинника»
3. Тест Mini-Cog
4. Батарея лобної дисфункції

### 1. Коротка шкала оцінки психічного статусу - (Mini Mental State Examination — MMSE) M.F.Folstein, S.E.Folstein, P.R.Hugh, 1975.

Коротка шкала оцінки психічного статусу використовується у всьому світі для оцінки стану когнітивних функцій. Вона є досить надійним інструментом для первинного скринінгу когнітивних порушень, у тому числі деменцій.

#### Оцінка результатів

Результати тесту отримують шляхом сумачіі балів по кожному з пунктів (табл. 13). Максимальний показник у цьому тесті - 30 балів, що відповідає найвищим когнітивним здібностям. Чим менше результат тесту, тим більший когнітивний дефіцит.

Наведена інтерпретація даних шкали MMSE має орієнтовний характер, постановка клінічного діагнозу деменції не повинна ґрунтуватися тільки на результатах цього тесту. Одночасно з кількісною обробкою результатів необхідно проводити і їх якісний аналіз. Крім того, потрібно індивідуально підходити до інтерпретації результатів дослідження у пацієнтів з вираженими мовними порушеннями, руховими розладами, особливо з геміпарезом правої руки, порушеннями слуху та зору.

Оцінка когнітивних функцій при депресіях різного ступеня вираженості також вимагає особливого підходу, оскільки у таких пацієнтів, як правило, мають місце явища оборотного когнітивного зниження, які редукуються в міру усунення афективної симптоматики. Для об'єктивізації істинного рівня когнітивних розладів для цих хворих необхідно проводити обстеження в динаміці. Діагностично значущими є результати дослідження, проведеного після редукції депресивної симптоматики.

Слід зазначити, що діагностична чутливість цієї методики не є абсолютною, а носить певною мірою вибірковий характер. Чутливість даного тесту нижча при деменціях з переважним ураженням підкіркових структур і при деменціях з ураженням лобових часток головного мозку.

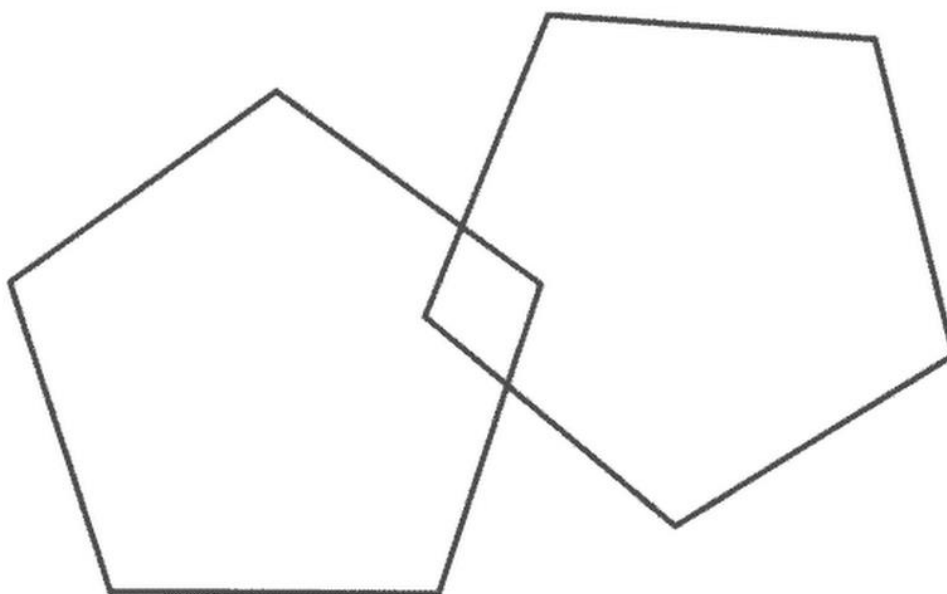
Отримані за допомогою шкали MMSE результати мають бути співставлені з даними клінічного та інших параклінічних досліджень. Пацієнтів, що отримали за даним тестом результати, які виходять за межі норми, слід направляти до клінічного психолога для поглибленого психодіагностичного дослідження.

Таблица 13. Результаты по шкале MMSE

Общая сумма баллов	Состояние когнитивных функций
28–30 баллов	Норма. Нарушения когнитивных функций отсутствуют
24–27 баллов	Когнитивные нарушения*
20–23 балла	Деменция легкой степени выраженности
11–19 баллов	Деменция умеренной степени выраженности
0–10 баллов	Тяжелая деменция

Примечание: \* – на основании результатов исследований, проведенных в Институте неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины, предложено дифференцировать когнитивные нарушения на «легкие» (27–26 баллов) и «умеренные» (25–24 балла).

Стимульный материал:



Проба	Верно (1)	Неверно (0)
<b>Ориентировка во времени.</b>		
1. Какое сегодня число?		
2. Какой сейчас месяц?		
3. Какой сейчас год?		
4. Какой сегодня день недели?		
5. Какое сейчас время года?		
<b>Ориентировка в пространстве.</b>		
6. В каком городе мы находимся?		
7. В какой области мы находимся?		
8. Назовите учреждение, в котором Вы находитесь?		
9. На каком этаже мы находимся?		
10. В какой стране мы находимся?		
<b>Восприятие.</b> Слушайте внимательно. Я произнесу 3 слова. Вы должны повторить эти слова после меня. Запомните эти слова, я попрошу их повторить через некоторое время. Затем медленно и четко произнесите «Мяч, флаг, дверь». Когда Вы произнесёте все три слова, попросите пациента повторить их. <i>Повторяйте тест до тех пор, пока пациент правильно не воспроизведёт все три слова (но не более 5 попыток). Оценивается только первое воспроизведение.</i>		
11. Ответил «мяч»?		
12. Ответил «флаг»?		
13. Ответил «дверь»?		
<b>Концентрация внимания и счёт.</b> Попросите пациента от 100 последовательно вычитать каждый раз по 7. Остановите пациента после того, как он произведёт пять операций вычитания (93, 86, 79, 72, 65). Запишите один балл за каждое верно названное число. Или если пациент не может или не хочет выполнить этот тест, попросите его произнести слово «земля» по буквам в обратном порядке (я, л, м, е, з). Запишите один балл за каждую верно названную букву, например: ялмез=5, ямлез=3.		
14. Ответил «93» или Я?		
15. Ответил «86» или Л?		

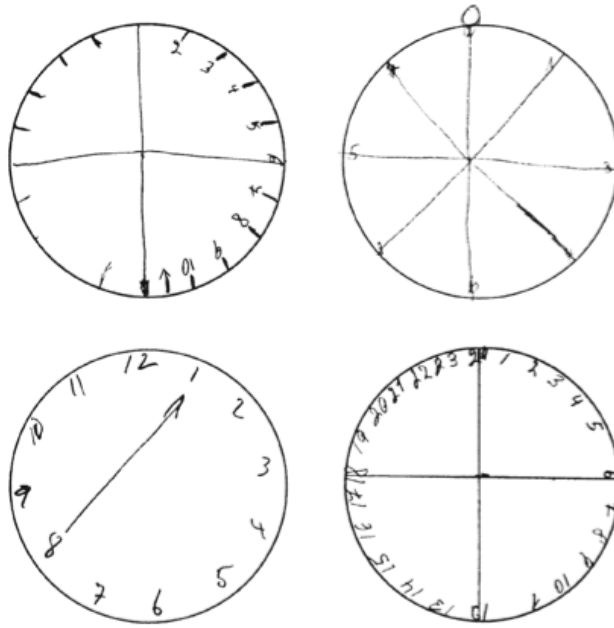
16. Ответил «79» или М?		
17. Ответил «72» или Е?		
18. Ответил «65» или З?		
<b>Память.</b> Попросите пациента повторить те три слова, которые перед тем Вы просили его запомнить (в разделе «Восприятие»). За каждое правильное слово дается 1 балл.		
19. Ответил «мяч»?		
20. Ответил «флаг»?		
21. Ответил «дверь»?		
<b>Речь.</b> Способность называть предметы: покажите пациенту наручные часы и спросите, что это. Повторите то же самое с карандашом. За каждый верный ответ дается 1 балл.		
22. Ответил «часы»?		
23. Ответил «карандаш»?		
Попросите пациента повторить предложение: «Никаких если, и или но»		
24. Ответил «Никаких если, и или но»?		
Выполнение операции из трёх действий. Дайте пациенту чистый лист бумаги и скажите: «Возьмите бумагу в правую руку, сложите пополам и положите на колено». За каждое правильно выполненное действие дается 1 балл.		
25. Пациент взял лист бумаги в правую руку?		
26. Пациент сложил лист пополам?		
27. Пациент положил бумагу на колено?		
<b>Чтение.</b> Предъявляется лист бумаги, на котором печатными буквами и достаточно крупно, чтобы пациенту было хорошо видно, напечатано: «Закройте глаза». Попросите пациента прочитать надпись и сделать то, что написано. Поставьте 1 балл только в том случае, если пациент действительно закрыл глаза.		
28. Пациент закрыл глаза?		
<b>Письмо.</b> Дайте пациенту чистый лист бумаги и попросите его написать предложение. Предложение должно быть написано спонтанно и содержать существительное и глагол. Предложение должно быть осмысленным. Не требуется соблюдение грамматических правил, пунктуации и орфографии.		
29. Пациент написал предложение?		
<b>Копирование.</b> Предъявляется лист бумаги, на котором нарисованы два пересекающихся пятиугольника. Попросите пациента как можно точнее скопировать их. Один балл даётся в том случае, если присутствуют все 10 углов и если пятиугольники пересекаются именно так, как на образце.		
30. Пациент нарисовал два пересекающихся пятиугольника?		

## 2. Тест «Малювання годинника»

Один із ефективних тестів на перевірку когнітивних функцій - «Малювання годинника». Виконання тесту не вимагає багато часу, він простий та інформативний, чутливий до деменцій різного походження та різного ступеня вираженості.

Тест виконується наступним чином: хворому дають чистий аркуш нелінованого паперу та олівець. Лікар дає інструкцію: «Намалюйте, будь ласка, круглий годинник із цифрами на циферблаті. Стрілки годинника повинні показувати без п'ятнадцяти хвилин другу». Хворий самостійно повинен зобразити коло, розмістити в потрібних місцях всі 12 чисел і намалювати стрілки, що вказують на правильні позиції. У нормі це завдання ніколи не становить труднощів. Однак за наявності когнітивних розладів пацієнт може припускатись помилок, які оцінюються за десятибальною шкалою:





10 балів - норма, намальоване коло, цифри в правильних місцях, стрілки показують заданий інструкцією час;

9 балів - незначні неточності у розташуванні стрілок;

8 балів - помітніші помилки у розташуванні стрілок;

7 балів - стрілки вказують неправильний час;

6 балів - стрілки не виконують своєї функції (наприклад, потрібний час обведено колом);

5 балів - неправильне розташування чисел на циферблаті: вони зображені у зворотному порядку (проти годинникової стрілки) або відстань між числами неоднакова;

4 бали - втрачена цілісність годинника, частина чисел відсутні або розташовані поза циферблатом;

3 бали - числа і циферблат не пов'язані між собою;

2 бали - хворий намагається виконати інструкцію, але безуспішно;

1 бал - хворий не робить жодних спроб виконати інструкцію.

Якщо пацієнт малює годинник неправильно, лікар може спростити завдання, запропонувавши зобразити стрілки на вже намальованому циферблаті з числами. Правильне розташування стрілок в готовому колі вказує на деменції лобного типу або деменції з переважним ураженням підкіркових структур. Нездатність правильно намалювати стрілки навіть на готовому циферблаті дає підставу підозрювати наявність деменції при хворобі Альцгеймера.

### 3. Тест Mini-Cog

Існує досить простий спосіб вирішити питання про можливу деменцію. Це тест Mini-Cog. Його використовують лікарі в усьому світі. Проводиться він таким чином:

1. Запропонуйте пацієнту запам'ятати і вимовити за вами наступні слова: лимон, ключ, м'яч.

2. Потім попросіть його намалювати всередині кола годинник зі стрілками, що показують 11:20.

3. Після цього запропонуйте йому згадати слова, які він заучував (п. 1).

Якщо пацієнт відтворив всі слова, деменції немає. Якщо пацієнт не може відтворити слова, є підстави підозрювати деменцію. Якщо пацієнт відтворив слова частково, слід звернутися до результату тесту з годинником. Якщо малювання годинника порушене, лікар припускає попередній діагноз «деменція». Якщо стрілки намальовані правильно, деменції немає.

Простота - важлива перевага тесту, проте він дозволяє виявляти тільки деменції і малоінформативний для виявлення легких і помірних когнітивних розладів.

## Психодіагностичні методики дослідження уваги

Дослідження уваги має надзвичайно важливе значення в клінічній практиці, оскільки різні за характером та вираженістю порушення уваги є типовими для деяких контингентів хворих з нервово-психічними та соматичними захворюваннями.

Крім того, дослідження уваги відіграє важливу роль у діяльності дитячих психологів (зокрема для діагностики СДУГ – синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю), а також у професійній психодіагностиці, особливо у профвідборі для посад, які вимагають обробки великої кількості інформації, що надходить одночасно (диспетчерська служба в аеропортах і т.п.)

### Психодіагностичні методики дослідження уваги:

1. Коректурна проба (проба Бурдона)
2. Таблиці Шульте
3. Лічба за Крепеліном
4. Віднімання за Крепеліном
5. Червоно-чорна таблиця Горбова
6. Методика Мюнстерберга

### 1. Коректурна проба (проба Бурдона)

Застосовується для дослідження стійкості та концентрації уваги, вивчення впрацьовуваності, втомлюваності, темпу діяльності, а за відповідної інструкції – також і переключення уваги та впливу різних форм мотивації на продуктивність діяльності. Запропонована Bourdon у 1895 році.

Дослідження проводиться за допомогою спеціальних бланків з рядками випадково розташованих букв (2000 знаків по 50 в кожному рядку). Досліджуваний отримує певну інструкцію – протягом контрольного часу не відволікаючись закреслювати певну букву, переглядаючи стрічки бланку, як газету. В іншому варіанті виконання проби обмеженням тривалості роботи є не час, а об'єм знаків на запропонованому бланку. Тоді ресструють час, витрачений на виконання всього завдання. В будь-якому варіанті виконання проби передбачено, що кожні 30 або 60 с за командою експериментатора («Риска!») робиться позначка в тому місці бланку, де в цей момент виконує завдання досліджуваний.

Перевірка бланку здійснюється за шаблоном. Результати проби оцінюються за кількістю переглянутих знаків, кількістю помилок, а також за часом виконання завдання.

На основі отриманих кількісних даних доцільно побудувати графіки динаміки продуктивності роботи похвилинно. Характер кривих – їхня форма та нахил, окрім загальної продуктивності уваги, свідчать і про ставлення людини до дослідження.

Найважливішими показниками коректурної проби є швидкість (кількість переглянутих за хвилину знаків) та точність (кількість помилок за хвилину роботи). Показник точності є чутливим індикатором загальної працездатності та втомлюваності. В нормі здорові дорослі досліджувані виконують завдання за 6-8 хв. та припускаються не більше 5 помилок. Поступове збільшення кількості помилок вказує на виснажуваність уваги.

В психодіагностичній літературі запропоновано досить багато формул кількісної оцінки коректурної проби. Наведемо найпоширеніші формули, які дозволяють порівнювати між собою результати двох та більше досліджуваних:

#### 1. Точність роботи (А)

$$A = M/N,$$

де М – кількість правильно закреслених знаків, N – загальна кількість знаків, які слід було закреслити.

#### 2. Продуктивність (Р)

$$P = A/S,$$

де S – загальна кількість переглянутих знаків.

#### 3. Концентрація уваги (К)

$$K = c^2/n,$$

де с – кількість переглянутих рядків, n – кількість помилок (пропусків або помилкових закреслень).

За необхідності, інструкцію до даної методики можна змінювати, наприклад спочатку букву А закреслювати, а букву С підкреслювати, а з четвертої хвилини – навпаки. В такому випадку предметом дослідження є переключення уваги, яке можна оцінити шляхом порівняння кількості помилок до зміни інструкції та після неї, особливо за першу хвилину, та співставляючи кількість помилок порівняно з пробою, де зміна інструкції не відбувалась.

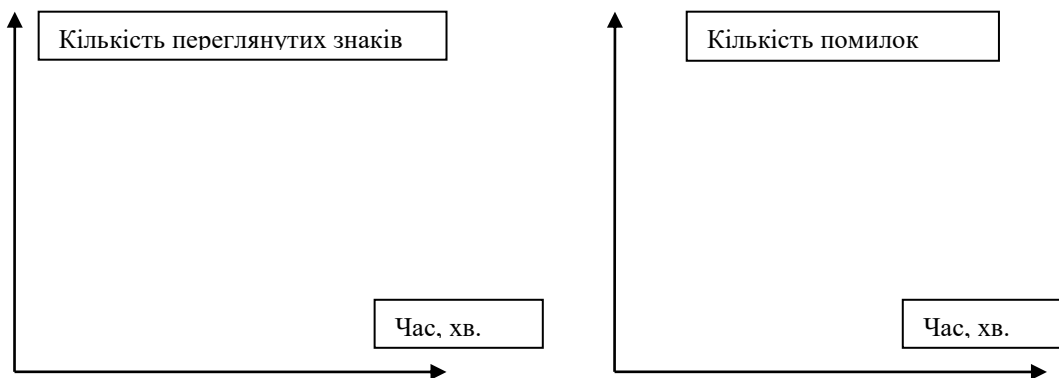
Дана методика є дуже простою, проте водночас досить інформативною, має багато варіантів виконання (буквений, цифровий, знаковий), обробки результатів і нормативів залежно від конкретних завдань дослідження. Найбільш відомими її модифікаціями є проба Бурдона-Анфімова, методика кілець Ландольта (з розірваними кільцями) та методика Тулуз-П'єрона (з графічними зображеннями).

Кількість переглянутих рядків	Кількість правильно закреслених знаків	Кількість пропусків	Кількість помилок

A =

P =

K =



### Таблиці Шульте

Методика призначена для дослідження темпу сенсомоторних реакцій та властивостей уваги. Дослідження проводиться за допомогою спеціальних таблиць, що являють собою набори розташованих в клітинках цифр від 1 до 25, бажано розмірами 60х60 см. Може використовуватись для обстеження дітей з 7-8 років.

Досліджуваний отримує інструкцію знаходити числа в порядку зростання, показуючи їх указкою та називаючи вголос.

Реєструється:

- час, витрачений на кожну таблицю за допомогою секундоміра(в нормі 40-50 с)
- кількість помилок по кожній таблиці.

Після виконання проби будують графік, який дозволяє співставити час, витрачений на кожну таблицю. Зазвичай здорові досліджувані проводять пошук чисел за таблицями рівномірно, а іноді з прискоренням темпу сенсомоторних реакцій при роботі з наступними таблицями.

**Стимульний матеріал:**

**Таблиця №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

**Таблиця №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

**Таблиця №3**

9	5	11	18	20
14	25	17	1	6
3	21	7	19	13
23	12	24	16	4
8	15	2	10	22

**Таблиця №4**

21	12	7	1	20
6	15	17	3	18
19	4	8	25	13
24	2	22	10	5
9	14	11	23	16

**Таблиця №5**

3	17	21	8	4
10	6	15	25	13
24	20	1	9	22
19	12	7	14	16

2	18	23	11	5
---	----	----	----	---

**Самостійно побудуйте графік з «кривою виснажуваності»:**



Номер таблиці	Час в секундах	Примітки
1		
2		
3		
4		
5		

## 2. Лічба за Крепеліном

Застосовується для дослідження та оцінки темпу виконання завдання, властивостей уваги, виснажуваності, впрацьовуваності, розладів уваги.

Методика запропонована Краєрлін у 1895 р. для вивчення працездатності. Досліджуваний отримує бланк з надрукованими в стовпчик рядками простих чисел та інструкцію додавати їх, записуючи отриману суму чисел під доданками.

Як і в коректурній пробі, кожні 30-60 с роблять позначку в тому місці бланку, де в цей момент виконує завдання досліджуваний. Подібно відбувається і опрацювання результатів.

### Наприклад:

5 6 8 4 3 2 1 8 9 4 3 5 9 5 2 7 7 9 3 4 2 6 7 4  
7 5 1 3 2 8 6 4 9 3 4 2 6 7 4 1 9 5 1 3 2 8 6 4

6 8 4 3 2 1 3 4 2 6 1 9 5 1 3 2 6 7 4 1 9 3 2 1  
3 2 8 6 9 3 4 1 3 2 4 9 3 4 7 4 1 2 1 8 4 2 6 7

## 3. Віднімання за Крепеліном

Застосовується для дослідження стійкості та концентрації уваги. Полягає у відніманні від 100 або 200 одного і того ж числа (наприклад 7 або 13). Вголос досліджуваний повинен говорити лише отриману внаслідок чергового віднімання відповідь. Час між відповідями досліджуваного фіксується експериментатором.

З метою оцінки розподілу уваги часто застосовують модифікацію даної методики – досліджуваному дають інструкцію по чергово віднімати від 100 не одне й те саме число, а по чергово числа 7 та 8.

### Наприклад:

(100 -7) \_\_\_\_\_

(100 -7/8) \_\_\_\_\_



## Бланк методики «Коректурна проба»

**Інструкція:** «На бланку з буквами викресліть, переглядаючи рядок за рядком, всі букви «С». По команді «Риска!» ставте вертикальну риску в тому місці бланку, де Вас застала ця команда і продовжуйте роботу далі до команди «Стоп!».

СХАВСХЕВИХНАИСНХВХВКСНАИСЕХВХЕНАИСНЕВХАК  
ВНХИВСНАВСАВСНАЕКАХВКЕСВСНАИСАИСНАВХНВК  
НХИСХВХЕКВХИВХЕИСНЕИНАИЕНКХККХЕКВККСВХИ  
ХАКХНСКАИСВЕКВХНАИСНХЕКХИСНАКСКВХКВНАВСН  
ИСНАИКАЕХКИСНАИКХЕХЕИСНАХКЕКХВИСНАИХВИКХ  
СНАИСВНКХВАИСНАХЕКЕХСНАКСВЕЕВЕАИСНАСНКИВ  
КХКЕКНВИСНХХВЕХСНАИСКЕСИКНАЕСНКХКВИХКАКС  
АИСНАЕХКВЕНВХКЕАИСНКАИКНВЕНКВХАВЕИВИСНА  
КАХВЕИВНАХИЕНАИКВІЕАКЕИВАКСВЕИКСНАВАКЕСВ  
НКЕСНКСВХИЕСВХКНВСКВЕВКНИЕСАВИЕХЕВНАИЕН  
ХЕИВКАИСНАСНАИСХАКВННАКСХАИЕНАСНАИСВКХЕВ  
ЕВХКХСНЕИСНАИСНКВКХВЕКЕВКВНАИСНАИСНКЕВКХ  
АВСНАХКАСЕСНАИСЕСХКВАИСНАСАВКХСНЕИСХИХЕК  
ВИКВЕНАИЕНЕКХАВИХНВИХКХЕХНВИСНВСАЕХИСНАИ  
НКЕХВИВНАЕИСНВИАЕВАЕНХВХВИСНАЕИЕКАИВЕКЕХ  
КЕИСНЕСАЕИХВКЕВЕИСНАЕАИСНКВЕХИКХНКЕАИСНА  
ЕАКАЕКХЕВСКХЕКХНАИСНКВЕВЕСНАИСЕКХЕКНАИСН  
ИСНЕИСНВИЕХКВХЕИВНАКИСХАИЕВКЕВКИЕХЕИСНАИ  
СНАИСАКВСНХАЕСХАИСНАЕНКИСХКЕХВХВСКНЕИЕНА  
ЕКХЕКНАИВКВКХЕХИСНАИХКАХЕНАИЕНИКВКЕИСНАИ  
ЕХВКВІЕХАИЕХЕКВСНЕИЕСВНЕВИСНАЕАХНХКСНАХС  
ИСНАИЕИНЕВИСНАИВЕВХСИСВАИЕВХЕИХСКЕИЕХКІЕ  
КЕВХВАЕСНАСНКИСХЕАЕХКВЕХЕАИСНАСВАИСЕВЕКЕ  
ХВЕКХСНКИСЕКАЕКСНАИИЕХСЕХСНАИСВНЕКХСНАИА  
АВЕНАХИАКХВЕИВЕАИКВАВИХНАХКСВХЕХИВХАИСНА  
ВНСИЕАХСНАНАЕСНВКСНХАЕВИКАИКНКНАВСНЕКВХК  
СИАЕСВКХЕКСНАКСХВХКВСНХКСВЕХКАСНАИСКСХКЕ  
НАИСНХАВКЕВХКІЕИСНАИНХАСНЕХКСХЕВКХЕИХНАИ  
ХЕВХЕНВИХНКВХЕКНАИСНХАИВЕНАИХНХКВХЕНАИСН  
ВКЕВХАИСНАХКВНВАИЕНСХВКХЕАИСНАВХСВКАХСНА  
КИСНКЕКНСВАИСВАЕХСХВАИСНАЕКХЕКАИВНАВЕКВЕ  
АЕНКАИСХАИСНХИСВКВСЕКХВЕКИСНАИСНАИСКВЕСВ  
ИСКАИКВКНВХСКВНАИЕНИСНАИХАВКНВЕХВАНКІЕХ  
ЕВХЕВНАИСКАИАНАКХКВЕКЕВКВНХИСКАИСНВХАВХВ  
НАИСНХСХВКИСНАИЕХЕКХНАИСНВЕХВЕИСНХВКХКВН  
ХКВНХВКСНХНАИСНВКАХСВКХВХАИСНАНАХСНХВХВХ  
АИСХААИКХАЕВЕХКСНВИВАИСНАХКИВХЕКИАХИНАИС  
СХАВСХЕВИХНАИСНХВХВКСНАИСЕХВХЕНАИСНЕВХАК  
ВНХИВСНАВСАВСНАЕКАХВКЕСВСНАИСАИСНАВХНВК  
НХИСХВХЕКВХИВХЕИСНЕИНАИЕНКХККХЕКВККСВХИ  
ХАКХНСКАИСВЕКВХНАИСНХЕКХИСНАКСКВХКВНАВСН  
ИСНАИКАЕХКИСНАИКХЕХЕИСНАХКЕКХВИСНАИХВИКХ  
ИСНЕИСНВИЕХКВХЕИВНАКИСХАИЕВКЕВКИЕХЕИСНАИ  
СНАИСАКВСНХАЕСХАИСНАЕНКИСХКЕХВХВСКНЕИЕНА  
ЕКХЕКНАИВКВКХЕХИСНАИХКАХЕНАИЕНИКВКЕИСНАИ  
ЕХВКВІЕХАИЕХЕКВСНЕИЕСВНЕВИСНАЕАХНХКСНАХС  
ИСНАИЕИНЕВИСНАИВЕВХСИСВАИЕВХЕИХСКЕИЕХКІЕ  
КЕВХВАЕСНАСНКИСХЕАЕХКВЕХЕАИСНАСВАИСЕВЕКЕ



## Дослідження акцентуацій за опитувальником Шмішека. Дослідження акцентуацій характеру у підлітків опитувальником ПДО

Перша класифікація акцентуацій належить автору концепції, Карлу Леонгарду (1968 рік). Наступна широко розповсюджена класифікація була розроблена Андрієм Євгеновичем Личко у 1977 році, і ґрунтувалася на класифікації психопатій П. Б. Ганнушкіна, створеній в 1933 році.

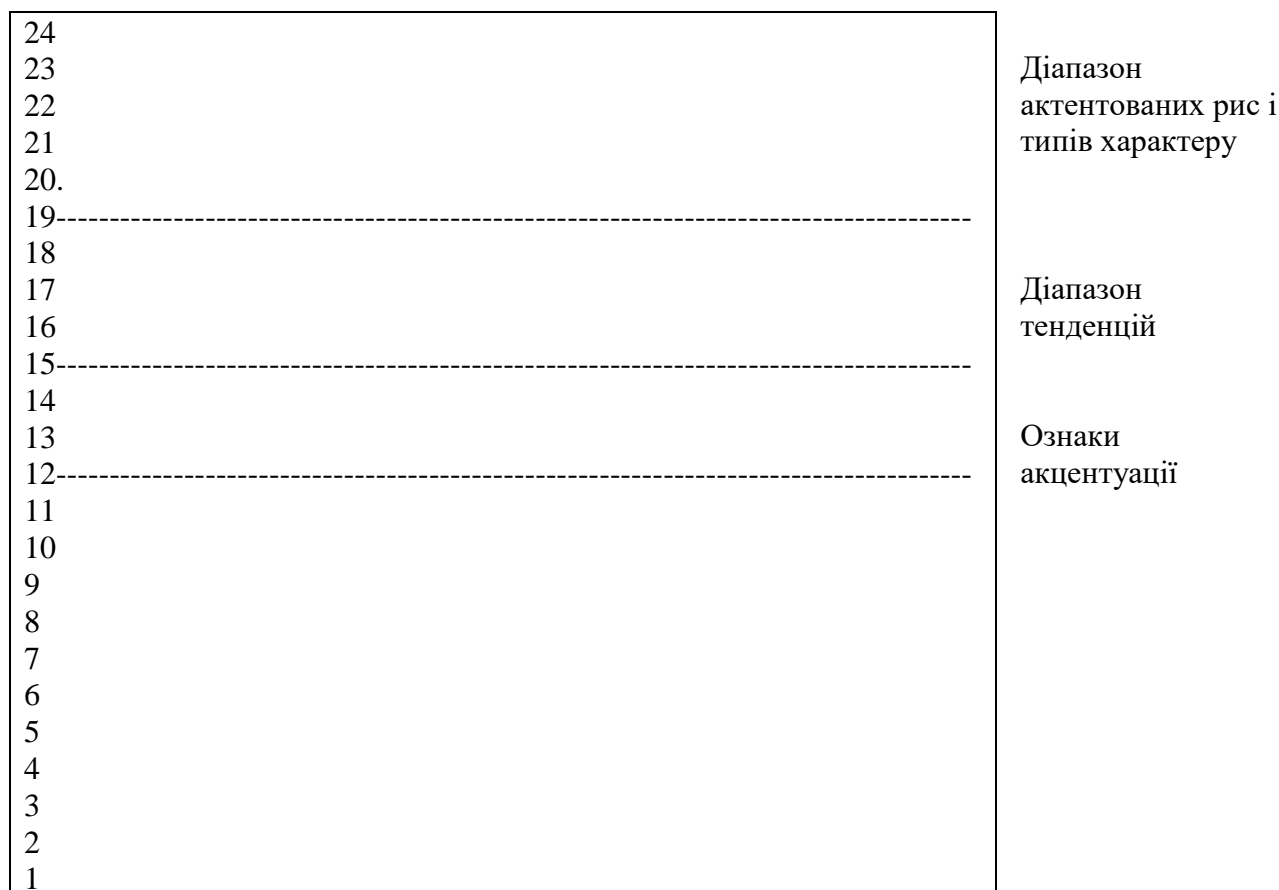
### Характерологічний опитувальник Х. Шмішека (Schmieschek H., 1970)

Призначений для визначення акцентуацій характеру. В його основу покладена концепція "акцентуованих особистостей" К. Леонгарда. Досліджуваний повинен відзначити знаком "+" (так) ті питання, з якими він згоден, знаком "-" (ні) - ті, з якими не згоден.

**Обробка:** підраховуються плюси (позитивні відповіді на запитання) і їх сума множиться на коефіцієнт, різний для кожного виду акцентуації (вказано в дужках).

**Інтерпретація:** акцентуація характеру за кожним типом діагностується у разі перевищення 19 балів, хоча за деякими авторами - 12 балів.

### Профіль характеру (особистісної акцентуації)



Дем. Застр. Педант. Збудл. Гіперт. Дист. Трив. Екз. Емот. Цикл.

### Типи акцентуованих особистостей за К. Leonhard (1976)

Німецький вчений К. Леонгард виділив 12 типів акцентуацій характеру. Його класифікація базується на оцінці стилю спілкування людини з оточуючими. Типи акцентуацій характеру поділяються К. Леонгардом на три групи: акцентуації рис на рівні характеру, темпераменту або особистості.

- Акцентуації рис темпераменту за К. Леонгард - гіпертимний, дистимний, циклотимний, тривожний, емотивний, афективно-екзальтований типи.
- Акцентуації рис характеру - демонстративний, педантичний, застрягаючий та збудливий типи.
- Акцентуації рис особистості – екстравертований та інтровертований типи.

**1. Гіпертимний тип** - домінує підвищений настрій, контактний, балакучий, з жагою діяльності, виразною мімікою, пантомімікою, проте легко відволікається, недостатньо серйозно ставиться до своїх службових та сімейних обов'язків. Привертає до себе своїм оптимізмом, ініціативністю, але відштовхує легковажністю, прожектерством, схильністю до аморальних вчинків, дратівливістю. Погано витримує жорстку дисципліну, самотність та монотонну роботу.

**2. Дистимний тип** - домінує песимістичний настрій, зосередженість на похмурих сторонах життя. Малокопактний, небагатослівний. Надає перевагу перебуванню вдома, рідко конфліктує, серйозний, сумлінний, з загостреним почуттям справедливості, цінує дружбу. Однак відрізняється пасивністю, сповільненістю мислення, індивідуалізмом.

**3. Циклотимний (афективно-лабільний) тип** - властиві часті періодичні зміни настрою. У періоди підвищеного настрою товариський і в манері поведінки нагадує гіпертимний тип. У періоди пригніченого настрою замкнений і нагадує дистимний тип.

**4. Тривожний (боязкий) тип** - боязкий, пригнаний. У собі невпевнений, малокопактний, нерідко є мішенню для жартів. Привертає до себе дружелюбністю, самокритичністю і старанністю.

**5. Емотивний тип** - чутливість, тонкість емоцій. Віддає перевагу спілкуванню з обмеженим колом обраних осіб, з якими має гарні відносини. Сам рідко вступає в конфлікти, однак вразливий, образи "носить у собі" і намагається не показувати їх оточуючим. Привабливими рисами є доброта, милосердя, загострене почуття обов'язку, старанність, але надмірно чутливий і сльозливий.

**6. Афективно-екзальтований тип** - властиві товарищескість, багатослівність, влюбливість. Їхні почуття щирі, вони уважні до друзів і родичів. Легко вступають в суперечки, але не доводять їх до прямих конфліктів. Піддаються миттєвим настроям і паніці.

**9. Демонстративний тип** - товариський, але з жагою до лідерства та прагненням до похвали. Дратує оточуючих самовпевненістю, високими домаганнями, хвастощами, егоїзмом, схильністю до інтриг і провокації конфліктів, проте вельми артистичний, може бути ввічливим, здатний захопити інших, вчинки і мислення неординарні.

**7. Застрягаючий тип** - патологічна стійкість афекту, злопам'ятність, честолюбство, підозрілість, ревності, наполегливість. Помірно товариський, схильний до моралізування, в конфліктах виступає активною стороною. Прагне досягти високих показників у будь-якій справі, пред'являє до себе підвищені вимоги. Особливо чутливий до соціальної справедливості, водночас вразливий, довго пам'ятає образи.

**8. Педантичний тип** - ригідність нервових процесів, сумлінність, обов'язковість. Малокопактний, але висуває до оточуючих багато формальних вимог, надмірно акуратний. Його привабливі риси: серйозність, акуратність і надійність в справах, а відрозливі - формалізм, бурчання, занудливість.

**9. Збудливий тип** - недостатня керованість, імпульсивність реакцій, алкоголізація. Відрізняється сповільненістю всіх психічних процесів, занудливий і похмурий, невживчивий в колективі, владний в сім'ї. У емоційно спокійному стані добросовісний, акуратний. При емоційному збудженні погано контролює поведінку, дратівливий і запальний.

**11. Екстравертований тип** - відкритий і товариський, маса знайомих, рідко конфліктує і не прагне до лідерства. Привертає до себе готовністю вислухати співрозмовника, ретельністю. Проте піддається сторонньому впливу, вчинки іноді необдумані, любить розваги і плітки.

**12. Інтровертований тип** - замкнений, малокопактний, відірваний від реальності, занурений у свої роздуми, не любить втручання в особисте життя. Часто емоційно дистанційований від оточуючих, слабо прив'язаний до людей. Відрізняється принциповістю, твердістю переконань,

проте часто надмірно упертий у відстоюванні власної точки зору.

### Типи акцентуації характеру у підлітків за А.Є. Личко (1983)

**1. Гіпертимний тип** - характеризується підвищеною потребою в діяльності, новому і різноманітному, з підвищеним фоном настрою ("енергія аж бризкає"). З дитинства відрізняється товариськістю, рано розвиваються навички самообслуговування, але погано переносять сувору регламентацію режиму, легко афектується при заборонах. У нього завжди гарний апетит, сон і загальне самопочуття. У школі навчається уривками, тому що схильний до відволікання і вимагає привчання до систематичної роботи. До зриву може призвести блокада потреби в діяльності: спроби виховати через заборони призводять до екстрапунітивних реакцій і сприяють формуванню патохарактерологічного розвитку.

**2. Циклоїдний тип** - характерні полярні зміни настрою, але не з дитинства, а з підліткового віку (дозрівання емоціогенних мозкових структур). У дівчаток перша субдепресивна фаза часто виникає з появою місячних. Субдепресія зазвичай настає швидко (в один день): відбувається "занепад сил", все стає вкрай важко робити, нічого не цікавить, немає апетиту. Однак на відміну від депресії при біполярному розладі, сон не порушений, афекту туги та ідей самоприпинення немає. Настрій з відтінком дратівливості - "залиште в спокої". У протилежній фазі (гіпоманії) все навпаки, тобто малюнок поведінки нагадує такий при гіпертимній акцентуації. Фази чергуються і тривають 1-2 тижня (максимально до 3-4 тижнів). Ситуації ломки життєвого стереотипу (початок навчання, зміна місця проживання тощо) сприяють "запуску" депресивної фази. Будь-які захворювання (неврози, соматичні хвороби), "потрапляють" в фазу субдепресії, важкі для лікування, тому що зникнення об'єктивних ознак хвороби не супроводжується повноцінним суб'єктивним поліпшенням (потрібно призначення малих доз антидепресантів). В динаміці акцентуації можливі два варіанти: поступове згладжування фаз і їх зникнення до 25-28 років або трансформація акцентуації за ендогенними механізмами в циклотимію.

**3. Лабільний тип** - характеризується крайньою мінливістю настрою під впливом різних дрібних причин - грубе слово, непривітний погляд і т.д. Поведінка їх багато в чому обумовлюється миттєвим настроєм. Сьогоднішня та майбутня відповідно до настрою можуть ввижатись то у то райдужних, то в похмурих кольорах. На відміну від циклоїдів настрої псується на хвилини, години і рідко на цілий день. Зовні вони виглядають тендітними, інфантильними. У дитинстві була схильність до невротичних страхів, частих застуд, бронхіту. Афекти дуже рухливі, і часто здається, що вони поводяться перебільшено, істерично. Але на відміну від істероїдів вони не "грають", а всі переживають щиро і відрізняються доброю самооцінкою, тонко резонують на емоційне оточення, дуже потребують емпатії, дружби і заступництва. До зриву частіше призводять ситуації емоційного відторгнення з боку значущих осіб.

**4. Астено-невротичний тип** - з дитинства вони відрізняються підвищеною втомлюваністю, дратівливістю, підозрілістю і примхливістю. Погано переносять навантаження, особливо психоемоційні. У спорті, наприклад, показують добрі результати на тренуваннях, але не на змаганнях. Їм притаманний високий рівень домагань, об'єктивно важко досяжний, що сприяє виникненню неврозів типу неврастенії. Вважається, що головною рисою у носіїв цього типу акцентуації є слабкість уваги, тому потрібно докладати більше зусиль для її концентрації, а стомлюваність і дратівливість розвиваються вторинно. Інші вважають, що вони перш за все надто втомлювані, що природно призводить до неухважності, дратівливості і схильності до іпохондризації. Найімовірніше, в цьому типі сконцентрована збірна група з різними механізмами виникнення зовні однакових проявів, що слід враховувати при підборі терапії.

**5. Сенситивний (чутливий) тип** - основними рисами є сенситивність (підвищена чутливість до різноманітних подразників), суб'єктивне переживання підвищеної відповідальності і відсутність стабільного ставлення до себе (самооцінка коливається в залежності від ставлення оточуючих). З дитинства вони відрізняються лякливістю, боязкістю, воліють дружити з меншими дітьми. Підвищена вразливість часто поєднується з комплексом неповноцінності. Акцентуація найбільш чітко визначається з 16-18 років, коли зазвичай відбувається ломка життєвого стереотипу (початок навчання, зміна місця проживання і т.п.). Декомпенсуючими факторами є: недоброзичливе

ставлення оточуючих, розширення діапазону діяльності, психологічна ситуація типу "іспит".

**6. Психастенічний (тривожно-помисливий) тип** - характеризується майже постійною тривожною підозрілістю, крайньої нерішучістю, схильністю до розмірковування. Легко виробляються прикмети та ритуали. Нерішучість стає помітною вже з 6-8-річного віку, коли починають апелювати до почуття відповідальності дитини. Декомпенсуються зазвичай є ситуації типу "іспит", коли є "тиск" на почуття відповідальності за свою поведінку. К. Леонгард називає цей тип надточним, педантичним. На думку А.Е. Личко, педантичність - вторинна риса, яка захищає від тривоги, тобто зазвичай надається перевага знайомому, звичному стилю поведінки, який не викликає тривоги.

**7. Шизоїдний (інтровертований) тип** характеризується емоційною холодністю, інтровертованістю (аутизмом) і дефіцитом емпатійності (співпереживання). Риси цього характеру простежуються з раннього віку: наявність дистанції і ослаблення психологічного зв'язку з оточуючими, замкненість і мала товариськість. Емоції більш "інтелектуальні" (може абстрактно співчувати деяким абстрактним категоріям), і немає потрібного емоційного резонансу. Погано розпізнає емоції оточуючих і від цього здається ще більш "дивним". В майбутньому навчається розпізнавати емоції оточуючих, але не через емпатійність, а через інтелектуальні механізми. Внутрішній світ майже завжди закритий від сторонніх очей, живе уявленнями, а не відчуттями. Надзвичайно важкими є ситуації розширення діяльності та необхідності здійснення лідерства, де не можна піти від дійсності.

**8. Інертно-імпульсивний (епілептоїдний) тип** характеризується поєднанням рис інертності (в'язкість, малорухливість) та імпульсивності (спалахи гніву, агресії).

Інертність проявляється в дріб'язковості, ретельності, хворобливій акуратності, докладності, схильності до дотримання декларованих правил і ритуалів і своєрідній цілеспрямованості. Агресивність виявляється в підозрілості, ворожості і конфліктності. Постійне невдоволення оточенням ("крім мене всі не дотримуються порядку") поступово накопичується і періодично неадекватно приводу "вихлюпується" агресивними випадками. Агресія полегшено концентрується в спалах в ситуаціях, коли темп навколишніх подій "випереджає" інертний темп психічних процесів акцентуантів, а також при можливості проявити владу і при алкогольному сп'янінні.

**9. Демонстративний (істероїдний) тип** характеризується демонстративністю поведінки, зовнішньою, перебільшеною емоційністю ("бура в стакані") і внутрішньою невпевненістю через нестабільність самооцінки.

Демонстративність поведінки пов'язана з нестабільністю самооцінки і залежністю від того, як його сприймають оточуючі. Прагнення підвищити самооцінку призводить до прагнення привернути до себе увагу і викликати захоплення собою оточуючих: чи то яскравістю одягу та зовнішності, чи то роллю всезнаючого і "бувалого", або роллю "людини, що тонко відчуває". При виникненні істеричних порушень часто імітуються незвичайні для оточуючих захворювання. Багато говорять про прагнення істерика до симуляції хвороби (про його "злу волю" до цього) і мало їм співчують. Однак якщо враховувати регуляцію їх самооцінки ставленням оточуючих, то доброзичливість до пацієнта "знімає" необхідність що-небудь демонструвати, і це важливо в психотерапії. Найбільш істотним декомпенсуючим фактором для акцентуантів цього типу є втрата уваги з боку значущих осіб.

**10. Нестійкий тип** відрізняється слабкістю вольових процесів ("синдром Обломова"), відсутністю здатності чинити опір несприятливим умовам середовища, слабкістю спонукальних мотивів до діяльності, відсутністю прогнозу (колишній досвід не навчає: ситуація значуща тільки зараз, а завтра незрозуміла). Останнє слід враховувати в психотерапії, тому що невідомо, чи принесе вона користь. Оптимальним є створення "зовнішнього каркасу волі", тому що немає волі "зсередини". Вони досить добре переносять режим дріб'язкової регламентації: опіки батьків, ідеально "суворої" дружини та т.п. Відсутність контролю завжди поєднана з реалізацією ним бажань задоволення і розваг, вони легко стають жертвами та знаряддям асоціальних груп.

**12. Конформний тип** характеризується підвищеною конформністю, тобто пристосованістю до групових еталонів поведінки. У сучасній соціальній психології конформність прийнято вважати соціально-психологічною характеристикою, а не рисою характеру. Однак, на думку А.Е. Личко, при цій акцентуації ця властивість виявляється постійно, будучи найстійкішою рисою характеру. Вони постійно готові підкоритися голосу більшості, шаблонні, банальні, схильні до ходячої моралі

та консерватизму. У хорошому оточенні вони непогані люди і непогані працівники. Але потрапивши в погане середовище, вони швидко освоюють всі його звичаї і правила поведінки, як би це не суперечило їх попередньому досвіду. Ситуації ломки життєвого стереотипу та прийняття відповідальності на себе - найбільш вразливі періоди їхнього життя, тому що вони живуть виключно орієнтуючись на групові норми поведінки і підкоряючись їм.

### Співставлення класифікацій

У класифікації К. Леонгарда відсутні досить поширені у підлітків нестійкий та конформний типи, а також астено-невротичний тип. Дистимний тип в його класифікації відповідає конституційно-депресивному типу ("природжені песимісти") по П.Б. Ганушкіну (1933), а застрягаючий тип - паранойяльному, обидва вони в підлітковому віці не зустрічаються.

<b>Співставлення класифікацій</b>	
<i>Типи акцентуованих особистостей за К. Леонгардом (1976)</i>	<i>Типи акцентуацій характеру за А.Е. Личко (1983)</i>
Демонстративний	Істероїдний
Педантичний	Психастенічний
Застрагаючий	-
Збудливий	Епілептоїдний
Гіпертимний	Гіпертимний
Дистимічний	-
Афективно-лабільний	Циклоїдний
Афективно-екзальтований	Лабільний
Емотивний	Лабільний
Тривожний	Сенситивний
Екстравертований	Гіпертимно-конформний
Інтровертований	Шизоїдний
Інтровертований	Сенситивний
-	Нестійкий
-	Конформний
-	Астено-невротичний

Особливо варто звернути увагу на те, що визначення екстраверсії та інтроверсії за Леонгардом знаходяться в суперечності з іншими поширеними визначеннями даних термінів (за Айзенком, за Майерс і Бріггс, в соціоніці). Екстраверт за Леонгардом - це конформіст, сприйнятливий до впливу середовища, в той час як інтроверт - особистість вольова, з чіткими цінностями, за якими не боїться протиставляти себе середовищу. Для порівняння, Айзенк пов'язує екстраверсію з товариськістю і ініціативністю, інтроверсію - з замкненістю і стриманістю.

## **Дослідження рис особистості за тестом ММРІ (стандартизований багатофакторний метод дослідження особистості)**

Міннесотський багатоаспектний особистісний опитувальник або ММРІ (англ. Minnesota Multiphasic Personality Inventory) - особистісний опитувальник, розроблений в 1942-1949 рр. в Університеті Міннесоти Старком Хатеуейем і Джоном МакКінлі з метою професійного відбору льотчиків під час Другої світової війни.

### **Російськомовні модифікації тесту ММРІ:**

#### **1. Стандартизований багатофакторний метод дослідження особистості СМІЛ (Л.Н. Собчик)**

Опитувальник СМІЛ складається з 566 тверджень. Існують дорослий та дитячий (від 13 до 15 років) варіанти тесту СМІЛ. Скорочений варіант Міні-СМІЛ, для експрес діагностики, включає 65 тверджень.

#### **2. Міні-Мульт (Mini-Mult)**

Включає 71 питання, не досить адаптований для російськомовної популяції. В основному використовується в групових дослідженнях та судовій психіатрії.

#### **3. Тест ММРІ - НДІ ім. Бехтерева**

Тест складається з 383 питань, розроблений в НДІ ім. В.М.Бехтерева. Основна відмінність від варіанту 566 питань - виключені питання, пов'язані з додатковими шкалами. Якщо Ви використовуєте тест ММРІ без додаткових шкал, цей варіант скоротить експериментальне дослідження на 40-60 хвилин.

#### **4. Опитувальник ММІЛ**

Цей варіант містить 377 запитань, автор Ф.Б. Березін.

#### **5. Комп'ютерна версія тесту ММРІ**

Версія програми ММРІ створена і адаптована в Лабораторії Прикладної Психології «PSYCOM» в 2004 році. Ця комп'ютерна версія ММРІ дозволяє пройти індивідуальне тестування тестом ММРІ на своєму персональному комп'ютері.

### **1. Скорочений багатофакторний опитувальник для дослідження особистості – Міні-мульт**

Опитувальник Міні-мульт являє собою скорочений варіант ММРІ, містить 71 питання, 11 шкал, з них 3 - оціночні. Перші 3 оціночні шкали вимірюють щирість випробовуваного, ступінь достовірності результатів тестування і величину корекції, що вноситься надмірною обережністю. Решта 8 шкал є базисними й оцінюють властивості особистості. П'ята шкала в цьому варіанті опитувальника не використовується, тому після четвертої шкали одразу шоста. Час проведення опитування не обмежується. Значення шкали К додається до базисних шкал № 1,4,7,8,9.

#### **Процедура проведення**

Опитування рекомендується проводити індивідуально або в групі за наявності у кожного випробовуваного тексту опитувальника і бланка для відповідей, у присутності експериментатора, якому випробовувані можуть задавати питання.

До методики додається спеціальний бланк, де на одній стороні фіксуються відповіді випробовуваного. Якщо випробований згоден з твердженням, то в клітинці з номером питання він ставить знак «+» («так», «вірно»), якщо не згоден - знак «-» («ні», «невірно»). На звороті бланка експериментатор будує профіль особистості випробовуваного з урахуванням значення шкали корекції, додаючи до вказаних у бланку шкал відповідне значення шкали корекції. Таблиця цих значень наведена нижче.

#### **Інтерпретація результатів**

Проводиться підрахунок "сирих" балів за всіма 11 показниками відповідно до ключа до опитувальника. Набрана кількість балів по кожному з показників записується в бланк тесту в правій його частині.

За даними тестування будують особистісний профіль випробовуваного. Високими оцінками для кожної з описаних вище шкал є оцінки в «сирих» балах, що перевищують їх номінальні значення, відповідні показнику 70 за шкалою «Т». Низькими оцінками вважаються ті, які не перевищують позначки 40 за шкалою «Т».

#### **Обробка результатів**

**Як користуватись шкалою корекції**

К	0,2К	0,4К	0,5К
16	3	6	8
15	3	6	8
14	3	6	7
13	3	5	7
12	2	5	6
11	2	4	6
10	2	4	5
9	2	4	5
8	2	3	4
7	1	3	4
6	1	2	3
5	1	2	2
4	1	2	2
3	1	2	2
2	0	1	1

Необхідно подивитися скільки балів за шкалою корекції К набрав респондент.

Знаходимо цей бал в стовпчику К.

У рядку, навпроти знайденого балу, буде вказано, скільки балів необхідно додати до сирих балів респондента за відповідними шкалами .

Приклад

За шкалою корекції К респондент отримав 6 балів. Знаходимо 6 балів в стовпчику К. Дивимось, що написано у відповідному рядку :

до сирих балів за 7 і 8 шкалами потрібно додати 6 балів;

до сирих балів за 1 шкалою потрібно додати 3 бали;

до сирих балів за 4 шкалою потрібно додати 2 бали;

до сирих балів за 9 шкалою потрібно додати 1 бал.

#### Опис шкал

#### Оціночні шкали

**Шкала брехні (L)** оцінює щирість випробуваного.

**Шкала вірогідності (F)** виявляє недостовірні відповіді. Чим більше значення за цією шкалою, тим менш достовірні результати.

**Шкала корекції (K)** згладжує спотворення, що вносяться надмірної обережністю і контролем випробуваного під час тестування. Високі показники за цією шкалою говорять про неусвідомлений контроль поведінки. Шкала К використовується для корекції базисних шкал, які залежать від її величини.

#### Базисні шкали

**1 . Іпохондрія ( Hs ) .** Близькість випробуваного до астеноневротичного типу. Випробувані з високими оцінками повільні, пасивні, приймають все на віру , покірні владі , повільно пристосовуються , погано переносять зміну обстановки , легко втрачають рівновагу в соціальних конфліктах.

**2 . Депресія (D).** Високі оцінки мають чутливі , сенситивні особи, схильні до тривоги , боязкі , сором'язливі . У справах вони старанні, сумлінні, високоморальні і обов'язкові, але нездатні приймати рішення самостійно , немає впевненості в собі , при найменших невдачах вони впадають у відчай.

**3 . Істерія ( Hy ) .** Виявляє осіб , схильних до неврологічних захисних реакцій конверсійного типу. Вони використовують симптоми соматичного захворювання як засіб уникнення відповідальності . Всі проблеми вирішуються відходом у хворобу. Головними особливостями таких людей є прагнення здаватися більше , значніше , ніж є насправді , прагнення звернути на себе увагу у будь-який спосіб , спрага захоплення. Почуття таких людей поверхневі й інтереси неглибокі.

**4 . Психопатія ( Pd ) .** Високі оцінки по цій шкалі свідчать про соціальну дезадаптацію. Такі люди агресивні , конфліктні, нехтують соціальними нормами і цінностями . Настрій у них нестійкий , вони вразливі, збудливі і чутливі. Можливий тимчасовий підйом по цій шкалі , викликаний якоюсь причиною.

**6 . Паранойяльність ( Pa ) .** Основна риса людей з високими показниками за цією шкалою - схильність до формування надцінних ідей. Це люди односторонні , агресивні і злопам'ятні . Хто не згоден з ними , хто думає інакше , той чи дурна людина , чи ворог . Свої погляди вони активно насаджують , тому мають часті конфлікти з оточуючими. Власні найменші удачі вони завжди переоцінюють .

**7 . Психастенія ( Pt ) .** Діагностує осіб з тривожно-помисловим типом характеру , яким властиві тривожність , боязкість , нерішучість , постійні сумніви.

**8 . Шизоїдність ( Se ) .** Особам з високими показниками за цією шкалою властивий шизоїдний тип поведінки . Вони здатні тонко відчувати і сприймати абстрактні образи , але повсякденні радощі й прикраси не викликають у них емоційного відгуку . Таким чином , спільною рисою шизоїдного типу є поєднання підвищеної чутливості з емоційною холодністю і відчуженістю в міжособистісних стосунках.

**9 . Гіпоманія ( Ma ) .** Для осіб з високими оцінками за цією шкалою характерний піднесений

настрій незалежно від обставин. Вони активні , діяльні , енергійні та життєрадісні. Вони люблять роботу з частими змінами , охоче контактують з людьми , проте інтереси їх поверхневі і нестійкі , їм не вистачає витримки і наполегливості .



## Патопсихологічні реєстр - синдроми

Систематика патопсихологічних синдромів розроблена значно менше, ніж систематика клінічних синдромів. Вперше поняття патопсихологічних синдромів застосувала Б В Зейгарник при дослідженні розладів мислення.

Синдроми в патопсихології, як в психопатології відрізняються різними рівнями узагальнення, тому необхідно виділяти синдроми багатозначні, які опираються на більш складні, поліфакторні порушення психічної діяльності. Першу спробу виділити такі узагальнюючі патопсихологічні синдроми здійснив Кудрявцев (1982). В результаті досліджень, які він проводив в судово - психіатричній практиці, автор виділив наступні патопсихологічні симптомокомплекси (синдроми):

1. шизофренічний або дисоціативний
2. органічний
3. олігофренічний
4. психопатичний
5. симптомокомплекс психогенної дезінтеграції, характерний для реактивних психозів.

Кожний з цих синдромів включає ряд симптомів.

Виділені Кудрявцевим патопсихологічні синдроми розрізняються в діагностичному і прогностичному відношеннях. Так, найбільш діагностично і нозологічно інформативними є шизофренічний і органічний синдроми, найменш - психопатичний. І навпаки, найбільш виражена тенденція до транзиторності і зворотності властива симптомокомплексу психогенної дезорганізації розумової діяльності, найменша - шизофренічному.

Кудрявцев оперує в своїх дослідженнях даними, отриманими в судово - психіатричній практиці. В. М. Блейхер доповнив перелік реєстр - синдромів , виділивши в межах органічного ендогено - органічний і екзогено - органічний, а в межах психогенного - психопатичний і невротичний. В колі ендогенних психозів виділив два реєстр синдроми - шизофренічний і афективно - ендогенний.

Отже, патопсихолог може оперувати у своїх діагностичних висновках наступним переліком патопсихологічних реєстр - синдромів:

- 1 - **шизофренічний;**
- 2 - **афективно - ендогенний** (в клініці йому відповідають МДП і функціональні афективні психози пізнього віку);
- 3 - **олігофренічний;**
- 4 - **екзогенно - органічний** (в клініці йому відповідають екзогено - органічні ураження головного мозку - церебральний атеросклероз, наслідки ЧМТ, токсикоманії я т.д.);
- 5 - **ендогенно - органічний** (в клініці - істинна епілепсія, первинні атрофічні процеси в головному мозку);
- 6 - **особистісно - аномальний** (в клініці — акцентуїзовані і психопатичні особистості і обумовлені значною мірою аномальним підґрунтям психогенні реакції);
- 7 - **психогенно - психотичний** (в клініці - реактивні психози);
- 8 - **психогенно - невротичний** (в клініці неврози і невротичні реакції).

### Феноменологія клінічних проявів

Основою диференціації психологічних проявів індивідуальних особливостей психічної діяльності від психопатологічних симптомів є вірна і точна феноменологічна оцінка клінічно спостерігаємої ознаки. Саме на цьому етапі діагностики спостерігається багато помилок. Освіченість пацієнта у сучасній психологічній і психіатричній термінології призводить до ризику діагностичних помилок. Пацієнти оперують термінами, але в оцінці психіатричних симптомів не можна повністю покладатись на визначення їх пацієнтами. Якби добре пацієнт не розбирався в психології і психіатрії, він не може критично оцінювати свій стан і усвідомлювати наявність деяких

симптомів, які зустрічаються і при психозах і при неврозах. Можна допустити, що такі психопатологічні симптоми як аутизм, апатія, амбівалентність, абулія, манія, розірваність, резонерство і деякі інші не можуть бути повністю усвідомленими пацієнтом.

### Структура патопсихологічних досліджень порушень пізнавальної діяльності

В клінічній психології традиційно виділяють 8 значимих для клінічної практики процесів:

1. відчуття;
2. сприймання;
3. увага;
4. пам'ять;
5. мислення або асоціативні процеси;
6. інтелект;
7. емоції;
8. воля.

Описом пізнавальних процесів займається загальна психологія. Методи, які традиційно застосовують в патопсихології для вивчення особливостей протікання пізнавальних процесів.

Відчуття	<i>Відчуття, як правило, не є предметом спеціального дослідження патопсихології. Дослідженням відчуттів як психічного процесу, а особливо його центральних характеристик займається фізіологія. Принципове значення для клінічної психології мають показники больової чутливості.</i>
Сприймання	<i>В патопсихології досліджуються такі порушення сприймання як агнозії - труднощі розпізнання предметів, звуків. Досліджуються агнозії, які проявляються при психічних захворюваннях. Явище агнозії полягає в тому, що у хворого відсутній синтез понять</i>
Увага	<i>Увага досліджується такими методиками : коректурна проба Бурдона та її модифікації, рахунок по Крепеліну, віднімання по Крепеліну, проби на переключення (вербальні і числові), таблиці Шульте і їхні модифікації.</i>
Пам'ять	<i>Пам'ять досліджується зорова і слухова. Основні методики : запам'ятовування 10 слів (штучні словосполучення і нескладні слова), опосередковане запам'ятовування по Леонт'єву, психометричне обстеження за шкалою Векслера, тест зорової ретенції Бентона (застосовується при органічних і геронтологічних порушеннях).</i>
Мислення та інтелект	<i>Мислення та інтелект досліджуються методиками - розуміння оповідань, сюжетних картинок, класифікація, виключення, виділення суттєвих ознак, утворення аналогій, визначення і порівняння понять, розуміння переносного змісту метафор, прислів'їв, піктограми, психометричні методи дослідження інтелекту (метод Векслера, таблиці Равена), психометричні тести (тест Гудинара «Намалюй людину» для дітей 3 - 13 років, в модифікованому варіанті - до 15 років).</i>
Особистість	<i>Методи (методики) для дослідження особистості - опитувальники (ММРІ, опитувальники Леонгарда Шмишека, айзенка, Спілберга і т.д.) проєктивні методики (тест Люшера, ТАТ, тест Роршаха та інші).</i>

### Деонтологічний аспект діяльності патопсихолога

Успішне проведення патопсихологічного дослідження багато в чому залежить від стосунків, які склалися в процесі між психологом і хворим. Вимоги до особистості психолога

- 1 Високий рівень професійної підготовки в обл. психології і психіатрії
- 2 Об'єктивність, незворушність, безпристрасність, терпіння при експерименті.

Спостережливість — професійна риса психолога.

### 3 Дотримання професійної таємниці

Максимальна психотерапевтичність. Висновки, зроблені за результатами експериментально - психологічного дослідження не мають заподіяти шкоди пацієнту. Психолог повинен сприяти оптимістичним тенденціям і установкам хворого в прогнозі протікання захворювання і результатів лікування.

## 1. Шизофренічний реєстр - синдром

При патопсихологічному дослідженні хворих на шизофренію виявляються своєрідні діагностично - значимі зміни мислення, перцептивної діяльності і афективно - особистісної сфери. Прояви психічної патології при цьому носять сумарний характер, вони не можуть бути адресованими до однієї із сфер психічної діяльності, тому в їхньому описі будуть наводитись результати патопсихологічних досліджень, які були отримані за допомогою тих чи інших методик при діагностиці шизофренічного процесу. В той же час необхідно відмітити, що практично не існує методик, які б були діагностично не значимі при встановленні діагнозу шизофренії. Напр., крива вивчення 10 слів при відсутності клінічно значимих ознак порушень пам'яті є непрямомою ознакою наявності афективно - особистісних змін по шизофреному типу.

### Порушення мислення при шизофренії

Порушення мислення, які зустрічаються в психіатричній практиці носять різноманітний характер. Їх важко вкласти в якусь жорстку схему, класифікацію. Мова може йти про параметри, навколо яких групуються різні варіанти змін мислення у психічно хворих.

Б. В. Зейгарник виділяє 3 види патології мислення:

- порушення операційної сторони мислення;
- порушення динаміки мислення;
- порушення особистісного компоненту мислення.

У хворих на шизофренію можуть спостерігатись всі види порушень мислення, але найбільш діагностично - значимими є 1 і 3.

### *Порушення операційної сторони мислення*

Дослідження мислення хворих, які страждають на різні психічні захворювання виявили, що при всій різноманітності проявів порушення операційної сторони мислення зводяться до 2 - х крайніх варіантів:

- а) зниження рівня узагальнень;
- б) викривлення процесу узагальнень.

Зниження рівня узагальнень проявляється в тому, що в судженнях хворого домінують безпосередні уявлення про предмети та явища, оперування загальними ознаками замінюється встановленням суто конкретних зв'язків між предметами.

*Викривлення процесу узагальнень.* Порушення процесу мислення, позначене як викривлення процесу узагальнення є ніби антиподом попереднього порушення мислення. Якщо судження хворих зі зниженим рівнем узагальнень не виходять за межі окремих, одиничних зв'язків, то у хворих з викривленими узагальненнями відхід від конкретних зв'язків виражений в надзвичайно перебільшеній формі. Хворі у своїх судженнях відображають лише випадкову сторону явища. Суттєві зв'язки між предметами мало беруться до уваги. Предметний зміст речей та явищ часто не враховується. Такі порушення найчастіше зустрічаються у хворих на ш - нію і тому при патопсихологічному дослідженні вони вважаються діагностично - значимими, такими що входять в шизофренічний реєстр - синдром (67% із 155 хвороби)

Викривлення процесів узагальнення у хворих на шизофренію при дослідженні методикою *класифікації*. Розподіл карток здійснюється надмірно узагальнено, без зв'язку з реальним змістом речей або за несуттєвими, незвичними, неадекватними ознаками.

*Методика виключення.* Викривлення процесів узагальнення проявляються при виключенні 4 - го зайвого - легко актуалізуються "слабкі", латентні ознаки.

Особливо чітко беззмістовний, вихолощений характер суджень проявляється при

виконанні методики зображення *пиктограм*.

*Систематика образів, які вибирають хворі на шизофренію у пиктограмах* (С.В. Лонгінова, 1972)

1) Образи, які неадекватні за змістом :

а) вибір віддаленого від змісту образу (справедливість - склянка води);

б) пустий, вихолощений, беззмістовний образ (крапки, лінії, геометричні малюнки)

Розлука - темний квадрат, втілення смутку.

в) пиктограми за співзвучністю - відчай - намальований чайник

г) пиктограми, побудовані з урахуванням якогось фрагменту як правило невдало вибраної конкретної ситуації. Напр., "надія" - лавка - коли надіються, то обов'язково чекають, а чекати стоячи незручно.

2) Пиктограми, основані на неправильному виборі з втратою цілеспрямованості дії:

а) багатомірний тип вибору, коли опосередковано вибираються образи декількох параметрів;

б) конкретний вибір з розпливчатим і символічним поясненням

в) стереотипність вибору - для створення пиктограм використовується один і той же набір образів.

Викривлення узагальнень проявляється і в *асоціативному експерименті* (примітивні реакції - ехологічні, відмовні, по співзвучності), в *описі сюжетних картинок, при поясненні прислів'їв, співвідношенні їх з фразами*. Навіть виконавши в реальній дії завдання правильно, хворі безглуздо розмірковують про нього (вибирають адекватну фразу, але безглуздо пояснюють свій вибір).

#### *Порушення особистісного (мотиваційного) компоненту мислення.*

В клініці психічних захворювань спостерігаються порушення мислення, які обумовлені порушенням властивостей особистості. Це :

а) різноплановість мислення, яку Зейгарник розглядає як прояви порушення цілеспрямованості діяльності;

б) порушення критичності

в) порушення саморегуляції

*Різноплановість мислення.* Різноплановість мислення проявляється в тому, що судження хворих протікають в різних площинах. Хворі можуть правильно засвоїти інструкцію, можуть узагальнити запропонований матеріал, порівнювати об'єкти на основі реальних ознак, актуалізовані ними знання м.б. адекватними, але разом з тим вони не виконують завдання в тому напрямку яке вимагається - їхні судження протікають в різних руслах. При різноплановості мислення сама основа дії не має єдиного характеру. У хворих на шизофренію ця особливість може бути легко виявленою методикою *класифікації*. Хворі об'єднують об'єкти то на основі їхніх властивостей, то керуючись власними смаками і установками.

Різноплановість проявляється і при виконанні методики *виключення* Різноплановість проявляється у *зісковзуваннях* - помилкових поодиноких судженнях. У тих випадках, коли хворий захвалений маячними переживаннями, різноплановість мислення чітко проявляється і в клінічній картині захворювання.

**Резонерство.** Цей розлад мислення визначається як "схильність до безплідного мудрування", багатослівних розмірковувань. Для психіатрів резонерство є ознакою безпосереднього порушення мислення.

*Компоненти резонерства:*

а) слабкість суджень (вихолощеність асоціацій, втрата цілеспрямованості, зісковзування);

б) афективні зміни, які проявляються у неадекватному виборі предмету обговорення, в претензійно - оцінювальній позиції хворого і схильності до надмірних узагальнень стосовно відносно незначних об'єктів судження (афективні зміни - це багатомовність, багатозначність, своєрідний недоречний пафос).

Особливо легко резонерство виявляється при визначенні понять, переказі оповідань, класифікації, виключенні предметів.

Для діагностики шизофренії важливим є дослідження емоційних проявів хворого. В діагностиці шизофренії психіатрами велике значення надається відношенню хворого до самої хвороби, його особистісної позиції стосовно захворювання. *Для діагностики застосовується ткача Дембо - Рубінштейн*

Про афективно - особистісні порушення можна судити за даними методик., які направлені на вивчення характеру асоціацій (наприклад, метод піктограм). Як правило, для експерименту підбираються слова емоційно забарвлені - щастя, страх, любов.

Суттєві результати при дослідженні емоційно - вольової сфери хворих отримуємо, застосовуючи методику опису картинок, які вирізняються сюжетною незавершеністю і значною емоційною насиченістю (*TAT, сюжетні картинки, репродукції картин*). Емоційне зниження при шизофренії проявляється і при показі хворим гумористичних малюнків.

Зміни особистості виявляються при дослідженні рівня домагань - на вибір наступних завдань мало впливають результати попереднього етапу (+ або -).

Важливі дані для характеристики особистості хворих на шизофренію дають результати ММРІ. *Необхідно пам'ятати, що результати ММРІ не можна використовувати самостійно, без співвідношення з іншими результатами патопсихологічних досліджень, отриманих при використанні методик по типу функціональних проб. Використання цих методик при даному захворюванні обов'язкове, особливо на його початкових стадіях.*

Існує 3 - х факторна структура шизофренічного мислення, що відповідає клініко - психологічним спостереженням. Це:

1. порушення мотиваційної сфери;
2. порушення особистісного змісту
3. порушення селективності інформації

## **2. Афективно - ендогенний реєстр - синдром**

В клініці цьому реєстр - синдрому відповідають біполярний афективний розлад та афективні психози пізнього віку. Біполярний афективний розлад (БАР) - це ендогенне захворювання, яке протікає у вигляді афективних фаз і розділене світлими проміжками. МКБ - 10 - це F - 31, рубрика F3 - розлади настрою.

Найчастіше задача патопсихологічного дослідження при афективно - ендогенному р/с полягає у диференційній діагностиці між шизофренією і БАР. Для цього досліджуються особливості протікання психічних процесів у хворих і встановлюється специфіка цих порушень.

При патопсихологічній діагностиці БАР важливу роль можуть зіграти дані, отримані за результатами тесту ММРІ, самооцінки по Дембо - Рубінштейн, тесту ТАТ.

## **3. Ендогенно - органічний реєстр - синдром**

В клініці ендогенно - органічному реєстр - синдрому відповідають справжня епілепсія та первинні атрофічні процеси головного мозку. Для органічного реєстр - синдрому властиві:

- загальне зниження інтелекту;
- розлади знань та вмінь, які сформовані;
- мнестичні розлади (розлади короткочасної, довготривалої, оперативної пам'яті);
- порушення уваги і розумової працездатності;
- порушення операційної сторони мислення і розумової працездатності;

### **Епілепсія**

При патопсихологічному дослідженні хворих на епілепсію виявляються специфічні порушення мислення, мови, пам'яті, рис особистості, а саме :

1. Суттєво порушується темп психічних процесів.
2. Порушена рухливість психічних процесів. Інертність, в'язкість психічних функцій

досліджуються за допомогою наступних методик:

- проби на переключення (почергове додавання цифр, називання живих – неживих предметів);
- називання синонімів і антонімів (хворі називають слова з часткою «не»);
- називання 50 - 60 іменників
- словесний експеримент

3.Збіднення словникового запасу досліджується у асоціативному експерименті, при визначенні понять.

4.Надмірна деталізація, ґрунтовність суджень проявляються у піктограмах хворих , при описі сюжетних малюнків і картин, переказі оповідань.

5.Зниження рівня узагальнень та абстрагування проявляються у застосуванні конкретно - ситуаційних ознак. Методики: виключення, класифікація, порівняння предметів, проведення аналогій та інші.

Часто спостерігається епілептичне резонерство, яке носить компенсаторний характер.

Розлади мови - сповільнення темпу, вживання зменшувальних слів і мовних штамів, олігофазії.

Розлади пам'яті

Афективно - особистісні зміни при епілепсії проявляються у інертності рівня домагань..

Психологічні тести, що застосовуються для вивчення рис особистості хворих на епілепсію:

*Метод Роршаха* — встановлює зв'язок між змінами особистості і латералізацією епілептогенного осередку.

*ММРІ* - непридатність ММРІ для д/д епілепсії апріорна, однак цей метод може дати цінні результати для індивідуально - особистісної оцінки хворих. Профіль особистості може мати підйом як по невротичних, так і по психотичних шкалах

*Метод незакінчених речень* - характеризує систему міжособистісних стосунків хворих на епілепсію.

Отримані результати можуть використовуватись при вирішенні діагностичних і експертних питань, при складанні планів індивідуальних реабілітаційних заходів.

### Старече недоумство

В МКХ - 10 старече недоумство віднесене в рубрику F0 - "Органічні, включаючи симптоматичні психічні розлади (підрубрика F 03).

Патопсихологічні порушення пристаречому недоумстві:

1. Розлади пам'яті починаються на початку захворювання і носять масивний характер. Порушена як механічна, так і логічна пам'ять. *Фіксаційна амнезія*.
2. Порушення уваги, в першу чергу - активної. Застосовують табл. Шульте.
3. Різке зниження рівня узагальнень та абстрагувань.
4. Порушення мови :
  - а) збіднення змістовної сторони мови.
  - б) високомовна активність, багатомовність, але хворі швидко втрачають зміст розмови, можуть вести бесіду при відсутності співрозмовника.
  - в) монологічна мова, відсутній діалог .
  - г) збіднення словникового запасу
  - д) порушення номінативної функції мови. *Парафазії*.
  - ж) не можуть повторити речення (порушена пам'ять).
- 5.Порушена письмова мова. Схема порушення виглядає так : порушене довільне письмо - порушене письмо під диктовку - порушене списування і написання автоматичних *енграм* - *сенільна аграфія*.
6. Розлади читання - порушення розуміння прочитаного : *вербальні паралексії*, які не виправляються

**Пресенільні деменції** - до них відносяться захворювання, які проявляються у престаречому віці і характеризуються невинним прогресивним, поступово виникаючим і

протікаючим без зупинок і ремісій (але і без загострень) процесом, що призводить до недоумства. До пресенільних деменцій відносяться хвороба Альцгеймера, Піка, Гентінгтона. При хворобі Альцгеймера і Піка прийнято виділяти 3 стадії:

- 1 стадія, початкова - зміни інтелекту, пам'яті і уваги без грубої осередкової симптоматики,
- 2 - виражене недоумство і фокальна симптоматика (афатичні, агностичні, апрактичні порушення);
- 3 (термінальна) - глибокий психічний розпад.

У 1 стадії хвороби Альцгеймера результати патопсихологічних досліджень мало відрізняються від результатів при сенильній деменції. На перший план виступають розлади пам'яті, в ряді випадків помірно виражені *конфобуляції*. Частіше конфобуляції проявляються після 60 років.

Специфічні порушення психічних функцій :

- *Розлади пам'яті.*

1. *Амнестична дезорієнтація*

2. *Фіксаційна амнезія* Труднощі сприймання і утримання нового матеріалу (особливо абстрактного характеру), утворення нових навиків. Доцільно провести нескладний тест на засвоєння стереотипу рухів - 3 рухи рукою в певній послідовності, а через пару хвилин хворий рухів не відтворює.

- *Інтелектуальна недостатність* (методика виключення, класифікації, узагальнююче слово).
- *Порушення вищих коркових функцій, гнозиса, праксиса*, які виливаються у *афазію, апраксію, агнозію*. Апраксія пов'язана з втратою навиків - спочатку тонких, а потім спостерігаються грубі розлади у вигляді *конструктивної апраксії*, встановлення якої має велике діагностичне значення. Методи діагностики конструктивної апраксії: скласти фігуру із сірників, заштриховування клітин шахової дошки у потрібному порядку.
- *Порушення мови* (усної і письмової). Для 1 - шої стадії хвороби Альцгеймера властива *семантична афазія*
- *Акалькулія*
- *Симультантна агнозія*

При хворобі Піка на відміну від хвороби Альцгеймера на 1 - й стадії розлади пам'яті ніколи не оформлюються структурно в єдиний симптомокомплекс. Враження про грубе порушення пам'яті формує:

- а) зниження активної уваги, нестійкість його концентрації : 7 - 8 слів із 10. Розлади пам'яті при хворобі Піка є вторинними і залежать від зниження ініціативи, від
- б) порушення динаміки психічних процесів у вигляді труднощів розподілу, інертності , патології установки;
- в) відсутні конфобуляції. Дезорієнтація пов'язана з порушенням уваги, а не з мнестичними розладами. Поведінка хворих адекватна, якщо вони мають справу з об'єктами, що знаходяться у їхньому полі зору - редуцирована орієнтація. З редуцированою орієнтацією пов'язані порушення інтелектуальної діяльності слабкість спонукань, аспонтаність дій;
- г) недоумство носить більш грубий характер, ніж при хвороби Альц.;
- д) значні афективні порушення, часто з ейфоричним відтінком

При хвороби Альц. спостерігаються понижений настрій, пригніченість, хвилювання, хворі розуміють наростаючу власну неспроможність, але довго зберігається *ядро особистості* 2 стадії хвороби Альцгеймера. властиві: 1. Амнестична афазія: 95,4 % при хвороби Альц., 22.2 % при хвороби Піка.

6. *Порушення номінативної функції мови*
7. *Грубі графічні порушення*
8. *Алексія.*

**Розлади письмової мови і читання** на ранніх стадіях хвороби Альц. є важливим діагностичним критерієм при необхідності відмежовувати її від хвороби Піка, при якій тривалий час зберігається написання автоматизованих енграм і читання без розуміння прочитаного.

9. Апатичні порушення

## 2 стадія хвороби Піка

1. Прогресуюча деменція "зверху вниз"

2. Порушення мови, характер яких в значній мірі визначається первиною локалізацією атрофічного процесу..

**3 стадія хвороби Альцгеймера і хвороби Піка** визначається глибоким недоумством хворих, розпадом психічних функцій, вегетативним способом життя. Контакт з хворими відсутній.

## Хорея Гентінгтона

Захворювання характеризується повільно наростаючим недоумством (порівняно з хвороби Альц. і Піка). Для д/д важливе значення мають характерологічні зміни, які розвиваються на ранніх етапах - виражені афективні реакції (афективна нестійкість, дратівливість, збудливість, епілептоїдна прилипливість), які з прогресуванням хвороби змінюються на ейфорично - благодушний настрій, байдужість до оточуючого.

Інтелектуальна неспроможність хворих в першу чергу пояснюється розладами активної уваги, чим пояснюється нерівномірність результатів досліджень хворих у різні дні. Що створює ілюзію зворотності процесу.

Виражені порушення пам'яті - запам'ятовування і утримання. При заучуванні 10 - 3 - 4 слова (прояв інертності у протіканні психічних процесів) порушення логічної пам'яті (неможливість переказу оповідання)

Нестійкість уваги, нерівномірність інтелектуальної працездатності веде до наростаючого збіднення інтелектуальної діяльності, однак, як правило, тотальне недоумство відсутнє

## 4. Екзогенно - органічний реєстр - синдром

До екзогенно - органічних захворювань відносяться інфекційні, інтоксикаційні, травматичні психози, їхні наслідки та наслідки черепно - мозкових травм, алкоголізм, наркоманія, токсикоманія, церебральний артеріосклероз, гіпертонічна хвороба. Патопсихологічні порушення при цих захворюваннях формуються у патопсихологічний екзогенно - органічний реєстр - синдром.

## Наслідки закритої ЧМТ

Закрита ЧМТ зустрічається значно частіше, ніж відкрита - до 90 % всіх травматичних ушкоджень головного мозку складають закриті травми. Цією обставиною, а також значними труднощами, які виникають при вирішенні експертних питань (с/е, т/е, в/е) і пояснюється значення патопсихологічного дослідження у віддалений період ЧМТ.

Як і кожне захворювання екзогенно - органічного генезу, наслідки ЧМТ характеризуються в першу чергу **астенією**, яка проявляється клінічно і патопсихологічно підвищеною виснажуемістю, що є **кардинальною ознакою посттравматичних змін психічної діяльності** (Зейгарник). Виснажуваність виявляється при патопсихологічному дослідженні інтелекту і його передумов.

Зейгарник Б.В. виділяє 5 варіантів посттравматичного виснаження:.

1. Виснажуемість носить характер астенії і проявляється у зниженні працездатності під кінець завдання, яке виконує хворий. Темп інтелектуальної діяльності стає все повільнішим (табл.. Шульте, Крепелін), на перший план виступає кількісно визначене погіршення працездатності.

2. В деяких випадках виснаження носить не дифузний характер, а приймає форму якогось певного симптому, проявляється у вигляді порушення якоїсь певної функції

3. Виснажуемість може проявлятися у вигляді порушення мислення. У хворих відмічаються поверховість суджень, труднощі у виділенні суттєвих ознак предметів та явищ. Навіть незначне психічне напруження може стати для хворого непосильним і



привести до вираженого виснаження. Помилки мають тимчасовий характер і є наслідком астенії

4. Виснажуємість може проявлятися у формі підвищеного психічного пересичення. При тривалій монотонній діяльності виконувана робота починає тяготити хворого, змінюється швидкість і ритм виконання завдання, порушується інструкція (хв., відходять від заданого модуля діяльності). Пересичення буває і у здорових, але у тих, хто переніс ЧМТ воно настає раніше і має виражений характер.

5. У ряді випадків виснаження проявляється у неможливості утворення самого психічного процесу, у первинному зниженні церебрального тону.

Підвищене виснаження характеризує психічну діяльність хворих, які перенесли ЧМТ і є важливою діагностичною ознакою, напр... при д/д між симптоматичною посттравматичною і справжньою епілепсією. Воно виявляється при патопсихологічному дослідженні пам'яті, уваги, інтелектуальної діяльності і мислення. Дослідник не може обмежитись тим, що виявляє підвищене виснаження в одному із перерахованих видів діяльності, а має надати досить повну характеристику виснаження згідно наведеної типології. Виснаження найбільше проявляється у 3 і 4 стадіях чмт.

Патопсихологічне дослідження допомагає уточнити не тільки характер клінічної симптоматики, але і функціональний діагноз посттравматичних станів і в ряді випадків має одне із вирішальних значень у визначенні ступеню втрати працездатності

Загальні особливості динаміки діяльності при посттравматичних астенічних станах це: короткочасна впрацьовуємість, яка швидко змінюється втому. Співвідношення між впрацьовуємістю і втомою залежить від ступеню вираженості посттравматичного дефекту - чим більше виражені зміни, тим менша впрацьовуємість.

Значне посттравматичне недоумство зустрічається досить рідко - 3 - 5 % серед розладів віддаленого періоду і найчастіше є наслідком тяжких контузій з переломом основи черепа і відкритих чмт.

В психологічній діагностиці посттравматичного органічного синдрому важливе значення набувають дослідження особистості хворого. Віддалений період закритої ЧМТ найчастіше відмічається вираженими характерологічними порушеннями при незначному або помірному інтелектуально - мнестичному зниженні.

Зміни особистості у хворих, які перенесли ЧМТ різноманітні, але найхарактерніші наступні:

1. Високий нейротизм, який поєднується з інтроверсією, але частіше з екстраверсією.
2. Нерівномірність самооцінки - полюсна самооцінка по Дембо - Рубінштейн, самооцінка ситуаційно - депресивного типу, ейфорично - анозогностична самооцінка.
3. Порушення рівня притязань - при неврозо - і психопатоподібних проявах прослідковується слабкість ("тендітність"), при псевдопаралітичних явищах - ригідний тип рівня притязань, який не коригується з реальними досягненнями.

Застосовується ММРІ, опитувальник Леонгарда - Шмишека, опитувальник УНП.

## **Психічні та поведінкові розлади, обумовлені вживанням психоактивних речовин**

Алкоголізм є екзогенним психічним захворюванням, яке при постійному або рецидивуючому характері призводить до формування прогресивного органічного психосиндрому і алкогольної деградації особистості. Розподіл органічного психосиндрому і деградації особистості носить умовний характер, тому що ці психосиндроми тісно переплетені між собою, їх прояви опосередковано відображають роль як біологічних, так і соціальних факторів. В деяких випадках такий розподіл відображає певну дисоціацію у ступені їхньої вираженості. Із цього положення має виходити патопсихолог, співставляючи отримані ним дані з клінічною картиною стадії захворювання.

На 1 стадії відбуваються зміни у протіканні пізнавальних процесів. В першу чергу це стосується порушень пам'яті : спочатку страждає утримання, потім запам'ятовування, асоціативна пам'ять. Недостатність механічного запам'ятовування опереджає послаблення

логічної пам'яті. Крива заучування 10 слів: ІІ 2 стадія - має зигзагоподібну криву при задовільних досягненнях, 3 стадія - крива носить торпідний характер при вкрай невисокому рівні досягнень.

На 2 стадії хвороби приєднується порушення уваги, а особливо її концентрації і стійкості.

Для характеристики психічного дефекту при алкоголізмі важливу роль відіграє ступінь вираженості і тип змін особистості. Інформаційний матеріал дають методики: опитувальник Айзенка, самооцінка по Дембо - Рубінштейн (В.М.Блейхер додає до традиційних шкал шкалу настрою, сімейного благополуччя, службової кар'єри, контактності, відношення до алкоголю).

За патопсихологічними показниками можна виділити **4 основних типа особистості хворих на алкоголізм:**

1. Інтровертовано - нейротичний (неврозоподібний) тип.
2. Екстравертовано - невротичний (психопатоподібний) тип характеризується вираженою екстравертованістю, високими показниками нейротизму, неадекватними реакціями особистості на ситуацію.
3. Екстравертовано - анозогностичний тип. На першому плані алкогольна анозогнозія, безпечно ставлення до свого теперішнього стану і до майбутнього
4. Апатично - інтравертований тип - це груба алкогольна деградація.

При встановленні алкогольного дефекту велике значення має дослідження збереженості у хворого критичності. У алкоголіків порушення критичності проявляються у мисленні - самооцінка і реальна оцінка дій хворого не співпадають. У консультативному висновку психолог уточнює характер переважного порушення критичності, бо порушення критичності є важливим об'єктивним критерієм алкогольної деградації.

Систематика типів змін особистості при алкоголізмі важлива:

1. - для відображення картини алкогольної деградації в динаміці;
2. - для визначення стадії захворювання;
3. - для психотерапевтичної і реабілітаційної роботи.

### Судинна деменція

В МКХ - 10 церебральний атеросклероз включається в рубрику Р0 - "Органічні, включаючи симптоматичні, психічні розлади", підрубрика РОІ - "Судинна деменція"

Протікання ЦА характеризується різноманітністю форм, однак основною формою захворювання є церебрастенічна астенія. Один із ведучих симптомів астенії - *виснажуємість психічних функцій*. Про наявність виснажуємість можна судити, порівнюючи результати на початку і в кінці дослідження. Методики: табл. Шульте, кор. проба Бурдона, рахунок по Крепеліну. Два типи виснаження: гіперстенічний - швидкий темп спочатку, нерівномірність показників, зигзагоподібна крива; гіпостенічний - поступово збільшується затрачений на *Недостатність активної уваги* особливо добре проявляється в кор. пробі Бурдона. Спостерігаються епізодичні «літеральні парафазії».

Однією із ранніх і найбільш виражених ознак є *зниження пам'яті*.

Про порушення *довільної репродукції* можна судити із анамнезу, по результатах бесіди Об'єктивної методики для вивчення таких розладів не має.

При ЦА порушення пам'яті прогресують - до недостатньої довільної репродукції приєднується *порушення утримання*, а потім *запам'ятовування*.

*Вербальні парафазії* (заміна заданих слів близькими за змістом) розглядаються як прояви зниження пам'яті

Для дослідження ступеню зниження пам'яті при ЦА застосовується шкала пам'яті Векслера.

Патопсихологічна семіотика при *гіпертонічній хворобі* - акцент на характерологічних змінах (тривожність, страхи, "панічні атаки")

### 5. Психогенно-невротичний та психогенно-психотичний реєстр - синдром

До цієї групи захворювань відносяться неврози, психопатії, психічні порушення при соматичній патології.

Задачі патопсихологічних досліджень при межових розладах в першу чергу стосуються діагностики особистості хворого. Однак не можна ігнорувати і дослідження пізнавальної діяльності. Діагностика неврозів і психопатій завжди йде шляхом диференціювання з неврозо - і психопатоподібними станами, які виникають в зв'язку з процесуальними порушеннями, органічними або соматичними захворюваннями.

Хоча клінічний метод є ведучим при діагностиці неврозів (Б. Д. Карвасарський), виділяють наступні переваги експериментально - психологічних методів:

1. Вивчення реакцій особистості проводиться у контрольованих психологом умовах, що дозволяє при формальній класифікації рішень виділяти факти, які відтворюються і порівнювати дані, отримані в різних умовах і на різних досліджуваних.

2. Висновок про особистість об'єктивізується, бо експериментальна методика включає не тільки правила отримання даних про особистість, але і правила їхньої інтерпретації в цілях надійного відтворення.

3. Отримані при такому дослідженні результати можуть мало залежати від досвіду, кваліфікації, особистості дослідника.

4. Психологічний експеримент дозволяє дати найповнішу, різнобічну характеристику особистості пацієнта.

Застосування опитувальників дозволяє визначити тип невротичного або неврозоподібного синдрому і в певній мірі вираженість патології.

## 6. Особистісно - аномальний реєстр - синдром

ММРІ об'єктивізує дані клінічного спостереження при дослідженні психопатизованих осіб, особливо з асоціальними тенденціями. Таке дослідження корисне у експертній роботі. На профілі особистості пік 4 - психопатія з асоціальними тенденціями (зневага до загальноприйнятих норм поведінки, ігнорування норм і законів), код 46 - загострення асоціальних тенденцій.

Цікаві дані дають застосування проєктивних методик:

- Дані про застосування методу Роршаха досить суперечливі, розмиті дані між нормою і патологією, спостерігаються "змішані неврози"

- Досить достовірні дані можна отримати, застосовуючи метод незакінчених речень - виділені стійкі системи стосунків, які вирізняються найбільшим ступенем порушень (самооцінка, життєві цілі, відношення до рідних). Ця методика дозволяє уточнити цілеспрямованість психотерапевтичної роботи, формувати групи хворих для проведення колективної психотерапії.

- Характеристику реакцій хворого на стрес дає метод Розенцвейга, який дозволяє судити про фрустраційну толерантність хворих неврозами.

*Особистісні опитувальники, які застосовуються в клініці неврозів* : дослідження рівня домагань за методикою Бежанішвілі, Торонтськаалекситимічна шкала, для скринінга неврозів – опитувальник Хьюка - Хесса, Ташева, Кокошкаррової, шкала реактивної і особистісної тривожності Спілбергера, клінічна шкала позитивних і негативних синдромів

Для проведення патопсихологічного дослідження при психогенних розладах використовують наступні методики:

**Асоціативний (словесний) експеримент.** Методика використовується для аналізу характеру асоціацій і швидкості їх освіти, дозволяє вивчити деякі властивості особи обстежуваного (виявлення значущих словесних реакцій, їх форм).

Хворому зачитують наперед підготовлений список слів (30—40 іменників), позбавлених якому - небудь смислового зв'язку, і пропонують на кожне почуте слово відповідати тим, що будь - яким прийшли в голову, щонайшвидше. Реєструються час у відповідь реакції (її латентний період) і характер слова - реакції. Звертається увага на лаконічність або багатослівність мовних реакцій, їх відповідність слову - подразнику або, навпаки, випадковий характер. Багатослівні у

відповідь реакції свідчать про нездатність виконати інструкцію, дотримуватися заданого модусу діяльності. Деякі хворі, в основному відповідаючи одним словом, дають багатослівну відповідь при дії неіндиферентного для них слова - подразника, наприклад, що відображає маревні переживання. При цьому збільшується і латентний період. Проте значення цього явища не можна переоцінювати, оскільки іноді афективно - значущими абсолютно несподівано для того, що досліджує виявляються зовсім інші слова, зв'язок яких з хворобливими переживаннями хворого не лежить на поверхні. Тому включення в асоціативний експеримент таких афектогенних слів повинне базуватися на ретельному вивченні анамнезу, конфліктної життєвої ситуації, індивідуальних особливостей особи хворого, його патологічної продукції (маревних або надцінних ідей). Слід пам'ятати, що збільшення латентного періоду асоціацій у відповідь на афектно - значущі слова спостерігається і у здорових людей і саме по собі не є ознакою патології.

Якісна характеристика у відповідь мовних реакцій може проводитися згідно класифікації А. Р. Іванова - Смоленського (1933), що розрізняє нижчі (вигуківі, ехолоалічні, співзвучні, екстрасигнальні, відмовні, питальні і персеверуючі) і вищі (індивідуально - і загальноконкретні і абстрактні) мовні реакції.

**Утворення аналогій.** Для виконання завдання обстежуваному необхідно встановити логічні зв'язки і відносини між поняттями. При використанні цієї методики так само, як і попередньої, легко виявляються порушення послідовності думок, коли хворий на якийсь час перестає слідувати вибраному їм модусу рішення задачі.

Аналогії в різних завданнях будуються за різними принципами, і наявність у хворих інертності психічних процесів значно утрудняє для них виконання завдання: у подальшому завданні хворий намагається виділити аналогію за принципом попереднього завдання.

Розрізняють утворення простих і складних аналогій. У простих аналогіях обстежуваному пропонують пару слів. Встановивши характер відносин між ними, він може утворити аналогічну пару. При цьому перше слово утворюваної при аналогії пари дане, а друге треба вибрати з 5. Наприклад:

- Пісня - глухий
- Картина - художник, сліпий, кульгавий, малюнок, хворий

При аналізі результатів важливо не тільки виявити помилки, але і встановити характер мотивування їх і можливість корекції. Цим методом виявляються порушення логічного складу мислення, причому помилки типу зісковзувань не коригуються, тоді як непослідовні думки у зв'язку з виснаженням психічних процесів хворі виправляють, як тільки помічають їх. Виправлення помилок в ході експерименту, недопущення їх надалі свідчать про певне збереження критичності мислення.

Утворення складних аналогій передбачає виділення складних, абстрактних логічних відносин. Як зразки пропонуються 6 пар слів, кожній з яких властиві певні відносини. Надалі він повинен всі пари слів, що пред'являються йому, співвідносити із зразками по спільності логічних відносин, наприклад: «Глава є частиною роману, аналогічно тому, як вівця — частиною стада». Характер помилок дозволяє судити про порушення логічного складу мислення, його цілеспрямованості, критичності. Правильне виконання завдань свідчить про уміння обстежуваного оперувати абстрактними поняттями.

**Визначення і порівняння понять.** Для визначення поняття необхідно проаналізувати ряд ознак предмету або явища і виділити з них найбільш істотні. Ступінь точності визначення залежить від ознак, що обираються для характеристики того або іншого предмету або явища. Найточніше визначення через найближчий рід і видову відмінність (наприклад, стіл — це вид меблів, необхідний в побуті або для роботи); правильне, але менш точне визначення засноване лише на родових ознаках (стіл — це меблі); на нижчому рівні знаходиться визначення предмету за функціональною ознакою (стіл для того, щоб є або писати); абсолютно недостатнім є визначення, що відзначає лише наочні ознаки предмету (стіл — дерев'яний, на 4 ніжках).

За допомогою цієї методики виявляються здатність виділяти основні ознаки, характер побудови визначення, чіткість формулювання. Легко виявляється розпливчатість думок, надмірна деталізація.

При порівнянні понять не тільки відбувається аналіз властивостей предмету або явища, але і встановлюються певні відносини між декількома предметами, явищами. Порівняння понять

відбувається в два етапи: спочатку виділяються істотні ознаки кожного з них, а потім вибираються співпадаючі для порівнюваних об'єктів і ті, які обумовлюють різницю між ними. При порівнянні щодо однорідних об'єктів першими виявляються родові, а другими — видові ознаки.

**Формування штучних понять.** Ця методика модифікована Л. С. Виготським і Л. С. Сахаровим (1930). Перед обстежуваним безладно розміщують набір стереометричних фігур, що відрізняються формою, кольором і величиною. На прихованій від нього нижній стороні фігур є умовні написи («биг», «цев», «гур», «лаг»). Довільно вибирається одна фігура і досліджує пояснює, що напис на ній (наприклад, «цев») абсолютно нічого не означає, умовна, але наявним в цьому наборі фігурам з аналогічним написом властиві якісь загальні ознаки. Обстежуваний повинен встановити, які фігури входять в цей клас, т. е. визначити поняття «цев».

Після цього обстежуваний відбирає декілька фігур і пояснює свою гіпотезу. Наприклад, він вважає, що до «цев» відносяться всі фігури одного і того ж кольору. Тоді досліджує перевертає одну з помилково відібраних фігур і показує напис. Таким чином з'ясовується, що ознака кольору не відповідає поняттю «цев». Так само демонструється помилковість гіпотези про формування поняття «цев» за ознакою форми. Залишається одна можливість — визначити поняття «цев» залежно від розмірів, що представляється досить важким, оскільки розміри кожної фігури характеризуються двома ознаками — площею підстави і висотою.

Результати дослідження оцінюються залежно від того, скільки ходів знадобилося обстежуваному для виконання завдання, наскільки логічні були його міркування при цьому, як сприймалася допомога того, що досліджує. При цьому виявляються і афективно - особистісні риси обстежуваного, реакції, що особливо виявляються в експерименті, на неуспіх.

Методика формування штучних понять дозволяє судити про рівень процесу узагальнення і відвернення, що про здатність обстежується до цілеспрямованих і послідовних дій, про уміння вести аналіз одночасно в декількох напрямках, відкидати невідповідні ознаки.

Розуміння переносного сенсу прислів'їв і метафор. Методика застосовується для дослідження інтелектуального рівня, цілеспрямованості і критичності мислення. Крім пояснення хворим переносного сенсу прислів'їв і метафор перевіряється також, наскільки вони співвідносяться обстежуваним з дійсністю, з подіями власного життя. Буквальне розуміння прислів'я або метафори спостерігається як при зниженні рівня узагальнення, так і при формальному шизофренічному мисленні. У останньому випадку оцінюється весь контекст, в який включено тлумачення хворим прислів'я або метафори.

Проте у ряді випадків психічно хворі, проявляючи наявні знання, правильно пояснюють переносний зміст прислів'я. Патологія виявляється при дослідженні узагальнення нового матеріалу. З цією метою застосовується методика віднесення фраз до прислів'їв (Би. У. Зейгарник, 1958). При виконанні завдання по цій методиці трудність полягає не стільки в тлумаченні переносного сенсу прислів'я, скільки в можливості зісковзування на приблизний сенс. Для дослідження хворому пропонують серію карток, на яких написані прислів'я, і значно більша кількість карток з фразами. Серед фраз є відповідні переносному сенсу прислів'їв і лише схожі з ними у формально - лексичному відношенні. Виконуючи завдання, обстежуваний спочатку з'ясовує переносний сенс прислів'я, а потім зіставляє її з фразами і, таким чином, як би переносить засвоєний принцип роботи на новий матеріал.

Використовуються методики на вивчення особистості (Айзенка, Шмішека, тощо), ММРІ, тест Дембо - Рубінштейн.

## **7. Олігофренічний реєстр - синдром**

Розумова відсталість - це стан затриманого або неповного розвитку психіки, що, в першу чергу, характеризується порушенням здібностей, які проявляється в період розвитку і забезпечують загальний рівень інтелектуальності, тобто когнітивних, мовних, моторних і соціальних здібностей. Розумова відсталість може розвиватись з любим іншим соматичним або психічним розладом або виникати без нього

Розумова відсталість є групою захворювань різної етіології, загальним і типовим для якої є психічний недорозвиток. В першу чергу це проявляється у інтелектуальній недостатності і характеризується синдромом відносно стабільного, непрогресуючого недоумства. Однак

інтелектуальна недостатність не вичерпує всієї картини олігофренії. У олігофренів відмічається недорозвиток і інших властивостей - емоційності, моторики, сприймання, уваги.

Олігофренічне недоумство відрізняється від недоумства внаслідок отриманих у пізньому віці органічних захворювань головного мозку. При останніх відбувається розпад уже сформованих психічних властивостей, а при олігофренії ці властивості не розвиваються. В першу чергу це відноситься до найбільш пізніх в філогенетичному значенні проявам психічної діяльності. Так, олігофренам властивий недорозвиток, недостатність понятійного, абстрактного мислення. Мислення олігофренів носить переважно конкретний характер. Ця особливість олігофренічного мислення по - різному виражена у різних хворих і прямо пов'язана з глибиною недоумства.

В теперішній час замість терміна «олігофренія» вживається поняття «розумова відсталість». За ступенем вираженості виділяють легку, помірну, важку і глибоку розумову відсталість. Для кожної категорії розумової відсталості визначені чіткі діагностичні критерії, які включають в себе і показники інтелектуального коефіцієнта:

- легка розумова відсталість - IQ 50 - 69;
- помірна - IQ 35 - 49;
- важка - IQ 20 - 34;
- глибока - IQ нижче 20

Для достовірного діагнозу необхідно встановити понижений рівень інтелектуального функціонування, який приводить до соціальної дезадаптації. Вибрана діагностична категорія повинна базуватись на загальній оцінці здібностей, а не на оцінці якої - небудь однієї області або одного типу навиків. Коефіцієнти інтелектуального розвитку повинні використовуватись з урахуванням проблем кроскультуральної адекватності, визначатись за стандартизованими методиками, для яких встановлені місцеві культуральні норми. Вибрані методики мають бути адекватними рівню функціонування і додатковим специфічним несприятливим для функціонування умовам, у яких знаходиться індивідуум, наприклад, повинні враховуватись порушення експресивної мови, порушення слуху, соматичні фактори. Обов'язково мають використовуватись і шкали соціальної зрілості і адаптації, для цього можуть бути використані свідчення, отримані від батьків або осіб, які забезпечують догляд за хворими.

При недотриманні стандартизованих процедур дослідження діагноз може застосовуватись як тимчасовий.

Вказано, що визначення інтелектуального рівня повинне ґрунтуватись на усій доступній інформації, включаючи клінічні дані, адаптивну поведінку (з урахуванням культуральних особливостей) і продуктивність по психометричних тестах.

При дослідженні олігофренії важливо не тільки встановити факт інтелектуального недорозвитку, а і визначити його глибину.

Мислення при розумовій відсталості характеризується недостатністю процесів узагальнення і абстрагувань, судження носять конкретно - ситуаційний характер. Методики: класифікація, виключення, порівняння понять.

Важко формуються штучні поняття (тільки за формою і кольором.)

Використовуються другорядні ознаки.

Аналогії - відсутній логічний перенос або присутня інертність, коли наступне завдання хворий вирішує по аналогії з попереднім.

Піктограми - можливі при конкретному характері слова.

Порушення розуміння переносного змісту прислів'їв і приказок. У ряді випадків «проявляється» пусте резонерство - претензійно - оцінювальна характеристика, прагнення повчати при вкрай обмежених знаннях, ригідна особистісна установка. Таке резонерство є компенсаторним, ціль його - підтвердження свого престижу в очах оточуючих.

Порушене розуміння суті оповідань, сюжетних картинок, встановлення послідовності подій по серіях малюнків.

Чим глибша р.в., тим бідніший лексикон, мовні штампи, «пуста словесна абстракція».

Рівень домагань - неадекватний

Нерідко порушені пам'ять (з 10 4 слова, чим глибше порушення, тим грубіші порушення пам'яті, логічна і механічна), уваги (об'єм, переключаемість), сприймання (недорозвинуте,

недостатньо чітко, путають зображення, погано розрізняють кольори).

Корекція суджень хворого як діагностичний критерій глибини недоумства - можливість корекції свідчить про більш легку ступінь.

Дослідження за методикою навчаючого експерименту - в основі теорія Виготського про зону найближчого розвитку, яка характеризує можливості розумового розвитку дитини і визначає перехід від того, що вона вмє робити самостійно до того, що вона може зробити за допомогою дослідника; у цьому експерименті увага дослідника направлена в основному на визначення ефективності підказки.

По суті дослідження рівня узагальнень і абстрагувань за допомогою більшості психологічних методик містять елементи навчаючого експерименту. Як приклад методика порівняння понять.

Не можна обмежуватись тільки застосуванням вербальних методик., особливо тих, які пов'язані з рівнем загальноосвітніх знань, інакше за р.в. можна прийняти пед. запущеність. Невербальні методики - кубики Кооса, цифрові символи, недостаючі деталі і т.д.