

НАТАЛІЯ МИХАЛЬЧЕНКО

**ПАТОПСИХОЛОГІЯ ТА ПСИХОЛОГІЧНЕ
КОНСУЛЬТУВАННЯ
НАВЧАЛЬНО-МЕТОДИЧНИЙ ПОСІБНИК**



НАТАЛІЯ МИХАЛЬЧЕНКО

**ПАТОПСИХОЛОГІЯ ТА ПСИХОЛОГІЧНЕ
КОНСУЛЬТУВАННЯ
НАВЧАЛЬНО-МЕТОДИЧНИЙ ПОСІБНИК**

**Миколаїв
2019**

УДК 378.355+159.922.8

ББК 88.37я73

Рекомендовано до друку Вченою радою Миколаївського національного університету імені В.О.Сухомлинського (протокол № 14 від 23 грудня 2019 року).

Рецензенти:

Васильєв Я.В. – доктор психологічних наук, професор кафедри соціально-гуманітарних дисциплін Національного університету кораблебудування імені адм. Макарова;

Мазур В.М. – кандидат психологічних наук, доцент кафедри психології, спеціальної освіти Миколаївського міжрегіонального інституту розвитку людини вищого навчального закладу «Університет «Україна».

Михальченко Н.В.

Патопсихологія та психологічне консультування. Навчально-методичний посібник. / Автор-упорядник Михальченко Н.В. - Миколаїв: МНУ імені В.О. Сухомлинського, 2019.- 276 с.

Навчально-методичний посібник містить теоретичні та практичні матеріали з дисципліни «Патопсихологія та психологічне консультування» для студентів Миколаївського національного університету імені В.О. Сухомлинського. У посібнику розкрито сутність, предмет, об'єкт, теоретичні засади, методологію, методи, структуру, функції і завдання патопсихології та психологічного консультування. Зміст посібника добирався з врахуванням сучасного стану психологічної науки. Розроблено питання для самоконтролю та завдання для самостійної роботи студентів. Засвоєння матеріалу, наведеного у посібнику, сприятиме формуванню соціально-психологічної компетентності, соціальної мобільності та особистісної конкурентоспроможності майбутніх фахівців педагогічного профілю.

Навчально-методичний посібник стане у нагоді викладачам та студентам університету у навчальному процесі.

УДК 378.355+159.922.8

ББК 88.37я73

Михальченко, 2018

ЗМІСТ

ПЕРЕДМОВА**РОЗДІЛ I. МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ПАТОПСИХОЛОГІЇ.....7****1. ІСТОРІЯ РОЗВИТКУ ПАТОПСИХОЛОГІЇ.....10**

Погляд первісних людей на патологію та її лікування

Погляди на патологію та її лікування в античні часи

Європа в середні віки: демонологія повертається

Ренесанс і створення притулків

Патології та моральне лікування

Становлення вітчизняної патопсихології.

Історія розвитку поглядів на патологію та її лікування в Україні

1.2. ПАТОПСИХОЛОГІЯ ЯК ГАЛУЗЬ ПСИХОЛОГІЧНОЇ НАУКИ.....28

Предмет і завдання патопсихології.

Принципи патопсихології

Методи патопсихології

Детермінанти відхилень у розвитку особистості.

Структура первинного і вторинного дефектів

Частковий і загальний характер порушень психічного розвитку людини.

Порушення міжфункціональної взаємодії.

1.3. РОЗЛАДИ ПСИХІЧНИХ ПІЗНАВАЛЬНИХ ПРОЦЕСІВ,**ЕМОЦІЙНО-ВОЛЬОВИХ ПРОЦЕСІВ ТА ІНТЕЛЕКТУ.....39**

Розлади відчуття.

Розлади сприймання.

Розлади уваги.

Порушення пам'яті.

Розлади мислення.

Порушення мовлення.

Порушення уяви

Порушення емоційної сфери.

Порушення волі.

Розлади інтелекту

1.4. РОЗЛАДИ СВІДОМОСТІ. РОЗЛАДИ САМОСВІДОМОСТІ.....63

Загальна характеристика свідомості, ознаки розладів свідомості та самосвідомості.

Розлади свідомості.

Розлади особистості. Порушення опосередкованості та ієрархії мотивів.

Порушення смислоутворення.

Порушення підконтрольності поведінки.

Патопсихологічний розвиток як фактор девіантної поведінки.

Типи девіантної поведінки.

Причини формування девіантної поведінки.

Форми вияву девіантної поведінки.

КЛЮЧОВІ ПОНЯТТЯ ТЕМИ..... 79**ЗАПИТАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ 79****ЗАВДАННЯ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ..... 80**

ПСИХОЛОГІЧНА ЗАДАЧА	81
РОЗДІЛ II. ВІКОВА ПАТОПСИХОЛОГІЯ	84
2.1. ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ПРИ РОЗЛАДАХ ПСИХІЧНОГО РОЗВИТКУ ДІТЕЙ	85
Принципи побудови патопсихологічного обстеження дітей та роль даних про порушення в розвитку дитини	
Методи дослідження порушень психічних процесів, станів та особистісного розвитку дітей	
Особливості дослідження психічних процесів і станів у дітей	
Загальна характеристика методів дослідження відхилень в особистісному розвитку дітей.	
2.2. ЗАГАЛЬНІ ПОРУШЕННЯ РОЗВИТКУ У ДІТЕЙ	100
Аутичні розлади. Епілепсія.	
Неврози.	
Психопатія. Види психопатій.	
Неврастенія. Види неврастеній.	
Невропатія.	
Психологічна допомога при розладах психічного розвитку дітей.	
КЛЮЧОВІ ПОНЯТТЯ ТЕМИ	133
ЗАПИТАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ	133
ЗАВДАННЯ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ	134
ПСИХОЛОГІЧНА ЗАДАЧА	136
РОЗДІЛ III. МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ПСИХОЛОГІЧНОГО КОНСУЛЬТУВАННЯ	138
3.1. СПЕЦИФІКА ПСИХОЛОГІЧНОГО КОНСУЛЬТУВАННЯ	139
Психологічне консультування як напрям практичної психології.	
Мета та завдання психологічного консультування.	
Принципи психологічного консультування.	
Умови проведення психологічного консультування.	
Види психологічного консультування	
Інтерв'ю як основний метод психологічного консультування.	
3.2. ПРОБЛЕМИ ПСИХОЛОГІЧНОГО КОНСУЛЬТУВАННЯ	145
Сфери психологічного консультування.	
Психологічне консультування з проблем освіти.	
Психологічне консультування з проблем управління.	
Психологічне консультування з проблем ринку та підприємництва.	
Психологічне консультування тривожних клієнтів, клієнтів з реакціями страху та фобіями.	
Психологічне консультування клієнтів із депресією та суїцидальними намірами.	
Психологічне консультування клієнтів, які переживають провину.	
3.3. ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОГО КОНСУЛЬТУВАННЯ ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ ТА ЇХ БІТЬКІВ	182
Специфіка роботи консультанта з тривожністю дітей дошкільного та молодшого шкільного віку.	
Специфіка роботи консультанта з фобіями та страхами дітей дошкільного та молодшого шкільного віку.	
Специфіка роботи консультанта зі страхами дітей дошкільного та молодшого	

шкільного віку.

Специфіка консультування дітей дошкільного та молодшого шкільного віку при переживанні втрати: у випадку смерті близької людини, у випадку розлученні батьків.

Специфіка консультування дітей дошкільного та молодшого шкільного віку, які переживають провину.

Проблеми психологічного консультування батьків, які виховують дітей дошкільного та молодшого шкільного віку.

КЛЮЧОВІ ПОНЯТТЯ ТЕМИ	209
ЗАПИТАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ	210
ЗАВДАННЯ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ	212
ПСИХОЛОГІЧНА ЗАДАЧА	214
ЗАВДАННЯ ДЛЯ САМОПІДГОТОВКИ: ПРОБЛЕМНІ СИТУАЦІЇ ТА ВПРАВИ	217
ЗАВДАННЯ ДЛЯ САМОСТІЙНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ	232
ДИДАКТИЧНІ ТЕСТИ	238
КОНТРОЛЬНІ ПИТАННЯ	253
ТЕЗАУРУС	257
СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ	264

Сьогодні особливої актуальності проблема програмно-методичного забезпечення процесу підготовки практикуючих психологів, соціальних працівників та педагогів. Останніми роками відбулося багато змін у нашому суспільстві та в індивідуальній свідомості кожної людини. Зокрема, ми є свідками появи нової для нашої країни галузі професійної діяльності – практичної психології, яка дістає реальне втілення у створенні численних відомчих соціально-психологічних служб.

В сучасних умовах динамічного, бурхливого розвитку соціуму психологічне консультування, як комплекс технік вербального і невербального впливу на емоції, судження, самосвідомість особистості тощо, починає входити в усі галузі людської діяльності. На нашу думку, саме отримання вичерпаного комплексу інформації про людину дозволяє визначити систему реальних причин, які спонукали до небажаної поведінки, та прогнозувати ієрархію засобів, які забезпечують корекцію.

У сучасному суспільстві спостерігається ріст психопатологій, соціопатій, психосоматичних та соматопсихічних захворювань, що наголошує на спеціалізованій підготовці фахівців – педагогів, психологів із знаннями особливостей психотерапії та психокорекції.

Пропонована праця присвячена патопсихології та психологічному консультуванню, де студент, заглиблюючись в особливо створені умови, перевіряє своє ставлення до власного майбутнього, користуючись краще пізнаним минулим та теперішнім, до навколишнього світу, та найважливіше - ставлення до себе самого, бо лояльність до себе, до внутрішнього голосу людини, як вказує Сковорода, - це вхід до “щасливого власного дому”.

Для ефективного засвоєння дисципліни «Патопсихологія та психологічне консультування» необхідне чітке структурування навчального матеріалу і його логічно-послідовне розгортка у процесі викладання. При цьому систематизація основних понять з патопсихології та психологічного консультування дає змогу студенту у результаті засвоєння скласти повне уявлення про зміст цієї навчальної дисципліни. Практика викладу засвідчує, що глибоке засвоєння знань неможливе без постійної самостійної роботи над літературними джерелами.

Велике значення для успішної навчальної діяльності студентів має планування самостійної роботи у часі: на навчальний рік, семестр, майбутній тиждень – вміння організувати свою самостійну навчальну працю так щоб кожного навчального року добиватися її високої ефективності за найменшої втрати часу.

У навчально-методичному посібнику систематизовано й представлено досягнення патопсихології та психологічного консультування, визначено понятійний апарат до кожної теми, додається література для самостійного опрацювання і питання та практичні завдання для студентів. Практичні завдання розраховано на розвиток психологічного мислення студентів, на оволодіння вміннями застосовувати психологічні знання в кожному конкретному практичному випадку.

Створюючи посібник, автор прагнув дещо по-новому виокремити структурні блоки теоретичного матеріалу, що сприятиме кращому формуванню у студентів поглибленого розуміння логічного змісту курсу.

Важливим доповненням до самостійної роботи над засвоєнням навчального матеріалу є запропонована модель поетапного розкриття істотних ознак і характеристик патопсихології, яка містить визначення ключових категорій і понять, запитання для самоконтролю, завдання для самостійної роботи, психологічні задачі, тезаурус. Фактичний зміст окремих завдань, що ввійшли до процедурного блоку, виходить за межі поданої інформації, що спонукатиме студента до творчого пошуку, розвитку психологічної допитливості.

У посібнику представлені найефективніші наукові розробки найвідоміших напрямів сучасної психологічної науки. Перевага запропонованої книги у тому, що вона спонукає до пошуку оригінальних рішень для розробки і втілення в життя індивідуального креативного проекту, реалізація якого обіцяє нам справжній успіх і дарує радість самовираження; вона допомагає людині правильно розпоряджатися власними здібностями, щоб перетворити свої можливості на досягнення. Крім того, автор не нав'язує формулу, як слід сприймати й інтерпретувати те, що відображено на сторінках книги, а тільки забезпечує читачеві широке поле для неупередженого вивчення й обдуманого використання запропонованого матеріалу, що надає йому можливість самостійно вибудовувати свій погляд на світ і людину ньому, унікальний не тільки за змістом, але і за формою. На нашу думку, вартість тієї чи іншої книги залежить від того, наскільки автору вдалося підібрати індивідуальні ключі до душі і розуму читача і встановити з ним ефективний контакт.

У процесі підготовки навчально-методичного посібника з курсу «Патопсихологія та психологічне консультування» враховувалися навчальний план, навчальна та робоча навчальна програми. Прізвища авторів, матеріали яких у тій чи іншій формі й у тому чи іншому обсязі використані в цьому посібнику, подано в бібліографії.

Навчально-методичний посібник може бути корисним при підготовці до навчальних занять як студентам, так і викладачам вищих навчальних закладів.

РОЗДІЛ I. МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ПАТОПСИХОЛОГІЇ

1. 1. ІСТОРІЯ РОЗВИТКУ ПАТОПСИХОЛОГІЇ

Погляд первісних людей на патологію та її лікування

Погляди на патологію та її лікування в античні часи

Європа в середні віки: демонологія повертається

Ренесанс і створення притулків

Патології та моральне лікування

Становлення вітчизняної патопсихології.

Історія розвитку поглядів на патологію та її лікування в Україні

1.2. ПАТОПСИХОЛОГІЯ ЯК ГАЛУЗЬ ПСИХОЛОГІЧНОЇ НАУКИ

Предмет і завдання патопсихології.

Принципи патопсихології

Методи патопсихології

Детермінанти відхилень у розвитку особистості.

Структура первинного і вторинного дефектів

Частковий і загальний характер порушень психічного розвитку людини.

Порушення міжфункціональної взаємодії.

1.3. РОЗЛАДИ ПСИХІЧНИХ ПІЗНАВАЛЬНИХ ПРОЦЕСІВ, ЕМОЦІЙНО-ВОЛЬОВИХ ПРОЦЕСІВ ТА ІНТЕЛЕКТУ

Розлади відчуття.

Розлади сприймання.

Розлади уваги.

Порушення пам'яті.

Розлади мислення.

Порушення мовлення.

Порушення уяви

Порушення емоційної сфери.

Порушення волі.

Розлади інтелекту

1.4. РОЗЛАДИ СВІДОМОСТІ. РОЗЛАДИ САМОСВІДОМОСТІ.

Загальна характеристика свідомості, ознаки розладів свідомості та самосвідомості. Розлади свідомості.

Розлади особистості. Порушення опосередкованості та ієрархії мотивів.

Порушення смислоутворення.

Порушення підконтрольності поведінки.

Патопсихологічний розвиток як фактор девіантної поведінки.

Типи девіантної поведінки.

Причини формування девіантної поведінки.

Форми вияву девіантної поведінки.

1. 1. ІСТОРІЯ РОЗВИТКУ ПАТОПСИХОЛОГІЇ

Погляд первісних людей на патологію та її лікування

Кожного року 30 % дорослого населення і 20 % дітей та підлітків США (за даними Р. Комера) страждають на серйозні психічні порушення і потребують лікування. Більшість людей мають труднощі в різних аспектах життя і час від часу відчувають сильний стрес, напруження, депресію та інші форми психологічного дискомфорту. У кожному суспільстві як у минулому, так і зараз були і мають місце прояви психічної патології. За Р. Коммером, погляди на її причини та методи лікування були неоднаковими.

Археологи, вивчаючи залишки древніх людей, їх культуру, зробили висновок, що, можливо, в цих суспільствах патологічна поведінка розглядалась як результат впливу злих духів. Щоб вилікувати людину, треба змусити злих духів залишити тіло.

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

У більш пізніх суспільствах патологічна поведінка теж пояснювалась одержимістю демонами (єгипетські, китайські, єврейські джерела). Патологію лікували вигнанням "бісів" (екзорцизм). Шаман чи жрець читали молитви, вмовляли духів зла, сварили їх, проводили магичні дії, давали людині, одержимій злими духами, пити гіркі рідини. Якщо це не допомагало - людину бичували чи не давали їй їсти.

Погляди на патологію та її лікування в античні часи

Найдавнішими джерелами медичних знань, що дійшли до нас (1700 років до н.е.), вважають єгипетські папіруси. Німецький вчений Д. Габерс серед папірусів знайшов декілька рецептів для лікування нервових порушень.

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

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

Знаменитий старогрецький лікар Гіппократ (460-377 рр. до н.е.) висловив припущення, що причиною психічних розладів є захворювання мозку, а це зумовлене дисгармонією чотирьох рідин: надлишок жовтої жовчі

викликає безумну радість, надлишок чорної жовчі - джерело постійної печалі. Він залишив приблизні описи меланхолійних і маніакальних станів, недоумкуватості, імбецильності. На душевнохворих Гіппократ поширював усі відомі на той час принципи лікування.

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

У цей самий час римський лікар Аретей Каппадокійський описав маніакальну та депресивну фазу психозу. Римський лікар Клавдій Гален дав анатомічний опис центральної нервової системи. Римський лікар Целій Авреліан (V ст. н.е.) був першим, хто вважав, що причиною психічних хвороб можуть бути соматичні захворювання.

Античні лікарі лікували психічні відхилення, поєднуючи медичні і психологічні засоби. Перш ніж пустити хворому кров чи обмежити свободу його пересування, багато грецьких лікарів спочатку виписували хворому тепло і дружню підтримку, музику, масаж, фізичні вправи і ванни.

Європа в середні віки: демонологія повертається

У Європі часів 500-1350 рр. н.е. зросла влада духовенства. Церква заявила про незалежність душі від тілесної оболонки і знищувала усі наукові обґрунтування сутності психічних явищ. Поведінка, що відхилялась від загальноприйнятих норм, розглядалась як свідчення впливу сатани. В усіх країнах Європи почало панувати уявлення про психічно хворих як про одержимих злим духом, дияволом, біснуватих. Якщо в період раннього середньовіччя психічно хворих направляли в монастирі і монахи лікували їх заклинаннями, то вже у XV-XVI ст. суди святої інквізиції визнавали їх одержимими дияволом, і хворих спалювали на вогнищах. Такі вогнища палали в Європі понад 200 років.

У цей період траплялися спалахи масового безумства, коли в багатьох людей були однакові видіння і галюцинації. При одному такому психічному порушенні, тарантизмі, групи людей раптово починали стрибати, роблячи круги, танцювати і битись у конвульсіях. Усі були впевнені, що цих людей вкусив "вовчий павук" - тарантул. За іншої форми масового безумства, лікантропії, люди вважали, що їх душами оволоділи вовки чи інші звірі. Так звані перевертні поводили себе так, як звірі, і уявляли, що їх тіло покритися шерстю. За В. М. Кузнецовим та В. М. Чернявсь-ким, Середньовіччя залишило немало цікавих свідчень щодо психічних недуг у самих служителів святої

церкви, яких згодом зарахували до лику святих. Так, у своїх видіннях святий Антоній бачив тигрів, вовків, змій, биків, що кидались на нього, кусали його, били рогами. Видіння, схожі на галюцинації при білій гарячці, бачив святий Мартин: перед ним поставав сам Сатана в розкішному одязі, у короні з рогів. Звичайно, ці психічні розлади у відомих діячів церкви не розцінювались як хвороби.

Віродився екзорцизм, священники звертались до Бога з молитвами, давали хворим пити свячену воду, гіркі рідини. Якщо це не допомагало - принижували злих духів або ж не давали хворому їсти, сікли його, ошпарювали окропом чи розтягували.

У кінці середньовіччя світська влада почала будувати лікарні, взяла на себе турботу про хворих, у тому числі і з психічними порушеннями. Багато психічно хворих почали лікуватись у лікарнях, таких як лікарня Трінті в Англії.

Ренесанс і створення притулків

Урбанізація, розвиток промисловості поставили перед суспільством проблему ізоляції значної кількості психічнохворих. У великих містах для них почали створювати притулки. Хворих перестали страчувати, однак ставлення до них залишилося жорстоким. Притулки мали жалюгідний вигляд, нагляд за хворими здійснювали люди, які були далекими від медицини. Збуджених, неспокійних хворих приковували ланцюгами.

Перший медик, який спеціалізувався на душевних захворюваннях, - німецький лікар Йоган Вейер (1515-1588). Він вважав, що розум теж піддається захворюванням, як і тіло.

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

Однак до середини XV ст. в мірі того, як притулки переповнювались, вони перетворювались на своєрідні в'язниці, де пацієнтів утримували у брудних приміщеннях і поводитися з ними жорстоко.

Наприклад, у 1547 р. лондонська Віфлєємська лікарня була віддана місту королем Генріхом VIII для утримання душевнохворих. У цьому притулку пацієнтів тримали в ланцюгах, і вони так кричали, що їх крики було чути в усіх околицях (згодом ця лікарня перетворилась на туристський атракціон).

Патології та моральне лікування

До 1800 року в лікуванні людей із психічними проблемами знову стали з'являтися деякі поліпшення. Історики звичайно вказують на паризький притулок для душевнохворих чоловіків Ла Бісетр (La Bicetre) як на перше місце проведення реформ у подібних лікарнях. У 1793 році, під час Французької революції, Пилип Пінель (Philippe Pinel) (1745-1826) став там головним лікарем. Він доводив, що пацієнти — це хворі люди, а хвороби скоріше варто лікувати за допомогою моральної підтримки, а не ланцюгами і побоями. Він надав хворим свободу пересувань по лікарняній території, замінив похмурі темниці сонячними кімнатами з гарною вентиляцією і запропонував моральну підтримку і добрі поради як необхідну частину лікування. Підхід Пінеля приніс відчутні успіхи. У самопочутті багатьох людей, що просиділи десятиліття взаперті, за короткий термін з'явилися значні поліпшення, і ці пацієнти були відпущені на волю. Пізніше Пінель провів подібні реформи в паризькій лікарні для жінок із психічними порушеннями Ла Сальпетрієр (La Salpetriere).

Приблизно в цей же час англійський квакер по імені Вільям Тюк (William Tuke) провів подібні реформи на півночі Англії. У 1796 році він заснував Йоркський притулок (York Retreat): сільський маєток, у якому біля тридцяти пацієнтів із психічними порушеннями жили, як гості, у тихих сільських будинках, і їх лікували за допомогою відпочинку, бесід, молитви і ручної праці.

Методи Пінеля і Тюка називаються моральним лікуванням, оскільки ці лікарі приділяли велику увагу моральному впливові і людським, шановним прийомам лікування, що стали застосовуватися до пацієнтів із душевними захворюваннями в різних місцях Європи і Сполучених Штатів. Людей із психічними проблемами усе більше стали розглядати як потенційно корисних членів суспільства, чия психіка була підірвана стресом. Стали визнавати, що такі хворі мають потребу в індивідуальному лікуванні, включаючи обговорення з ними їхніх проблем, корисну діяльність, роботу, спілкування і спокій.

Більше всіх для поширення морального лікування в Сполучених Штатах зробив Бенжамен Раш (Benjamin Rush), видатний лікар, що працював у лікарні Пенсільванії. Обмеживши свою практику душевними захворюваннями, Раш розвивав нові, гуманні методи лікування. Наприклад, він вимагав, щоб для безпосередньої роботи з пацієнтами в лікарню брали розумних і чуйних співробітників, що читали би хворим, розмовляли з ними і брали їх на регулярні прогулянки. Він також вважав, що для лікування пацієнтів корисно, якщо час від часу лікарі роблять їм якісь маленькі подарунки. Популярним

засобом морального лікування був «бал сновид». Лікарняне керівництво збирало всіх пацієнтів, чоловіків і жінок, щоб вони танцювали і розважалися. Один подібний бал показаний на картині «Танці в божевільному будинку» Джорджа Беллоуза (George Bellows).

Наприкінці XIX століття в результаті негативного впливу деяких факторів рух за моральне лікування ситуація знову погіршилася. Одним з цих факторів, як не дивно, була швидкість, з яким рух ставав популярним. У міру того, як збільшувалася кількість лікарень для пацієнтів із психічними порушеннями, стало виникати усе більше труднощів із коштами і з персоналом, показники видужання хворих знизилися. Іншим негативним фактором була помилковість припущення, що всі пацієнти можутьвилікуватися, якщо з ними гуманно поводитися і поважати їхнє людське достоїнство. Для деяких пацієнтів цього було дійсно досить. Іншим, однак, було потрібно більш ефективне лікування, ніж засоби, що були доступні в той час. Крім того, успіхам морального лікування нанесла велику шкоду нова хвиля упереджень проти людей із психічними порушеннями. У міру того як усе більше пацієнтів зникало у величезних, далеких від центрів цивілізації психіатричних лікарнях, обивателі приходили до думки, що всі психічно хворі - це дивні і небезпечні істоти. У цьому зв'язку люди не мали великого бажання давати кошти на таких хворих, коли мова заходила про добродійність або розподіл урядових фондів. Крім того, багато пацієнтів державних психіатричних лікарень у Сполучених Штатах кінця XIX століття були бідними іноземцями-іммігрантами, допомагати яким у простих обивателів не було ніякого бажання.

На початку XX століття рух за моральне лікування мав всі підстави занепасти як у США, так і в Європі. Державні психіатричні лікарні могли забезпечити тільки скромне утримування пацієнтів і саме не ефективне лікування, при цьому з кожним роком ці лікарні усе більше переповнялися.

Тривала госпіталізація знову стала звичайним явищем.

«Чим більше [пацієнти] пручаються нашим спробам допомогти їм, тим більше вони мають потребу в нашій допомозі», — Бенджамін Раш, творець американської психіатрії.

Соматогенна точка зору. Кінець XIX століття побачив також тріумфальне повернення соматогенної точки зору, щостверджує, що патологія психіки має фізичні причини. Цей погляд має принаймні 2300-літню історію — давайте згадаємо Гіппократа, який думав, що патологічна поведінка є результатом захворювання мозку і дисбалансу життєвих ситуацій — і все-таки ще ніколи цей погляд не був настільки популярний.

Відродженню цієї теорії сприяли два фактори. По-перше, варто згадати роботу видатного німецького дослідника Еміля Крепеліна (Emil Kraepelin, 1856-1926). У 1883 році Крепелін опублікував підручник, у якому доводив, що такі фізичні фактори, як втома, можуть бути причиною психічної дизфункції. Крім того, він створив першу сучасну систему класифікації патологічної поведінки.

Робота Крепеліна і нове розуміння прогресивного паралічу привело багатьох дослідників і практиків до припущення, що причина багатьох психічних порушень лежить у фізичних факторах. Ці теорії і можливість застосування швидких і ефективних прийомів лікування психічних порушень особливо підтримувалися людьми, що працюють у лікарнях для душевнохворих, де кількість пацієнтів росла з загрозовою швидкістю. Незважаючи на загальний оптимізм, у першій половині ХХ століття біологічні підходи принесли, в основному, одні розчарування. Хоча за цей час була запропонована безліч медичних засобів лікування пацієнтів психіатричних лікарень, більшість методик не працювали. Лікарі пробували використовувати як лікування видалення зубів, видалення мигдалин, гідротерапію (чергування гарячих і холодних ванн) і лоботомію, хірургічне розсічення деяких нервових волокон у головному мозку. Соматогенна теорія почала приносити користь пацієнтам не раніше 1950-х, коли були відкриті деякі ефективні засоби.

Психогенна точка зору.

Кінець ХІХ століття побачив також успіхи точки зору психогенного походження психологічних відхилень. Цей погляд на проблему теж має довгу історію, але він не здавався перспективним, поки свої можливості не продемонстрував гіпноз.

Психогенна точка зору— теорія, відповідно до якої головні причини патологічної поведінки носять психологічний характер.

Гіпноз— це процедура, що вводить людей у транс, тобто такий психічний стан, коли люди особливо добре піддаються впливові. Гіпноз став використовуватися для того, щоб допомогти лікуванню хворих із психічними порушеннями вже в 1778 році, коли австрійський лікар по імені Фрідріх Антон Месмер (Friedrich Anton Mesmer, 1734-1815) почав клінічну діяльність у Парижі. Його пацієнти страждали істеричними розладами і тілесними недугами, такими як параліч, у яких не було явних фізичних причин. Месмер саджав своїх пацієнтів у темній кімнаті, у якій лунала музика; потім з'являвся він сам, одягнений у яскравий костюм, і доторкався спеціальним жезлом до тієї частини тіла пацієнта, що його турбувала.

Істеричний розлад — порушення, при якому рухова, чуттєва й інші функції змінюються або губляться без явної фізичної причини.

Також лікарі могли змусити нормальних людей переживати глухоту, параліч, сліпоту або оніміння кінцівок за допомогою гіпнотичного впливу й усунути ці штучні симптоми за допомогою тих же засобів. Таким чином, вони установили, що психічний процес — гіпнотичний вплив — може як викликати, так і вилікувати фізичну дизфункцію.

Ведучі вчені зробили висновок, що істеричні порушення носили, в основному, психологічний характер, і популярність психогенної теорії зросла.

Також ведучий невролог дев'ятнадцятого століття Жан Шарко читав в Парижі лекції про гіпноз і істеричні порушення. Спочатку Шарко не вірив у зв'язок того й іншого, але в результаті проведених ним самим досліджень змінив свої погляди.

Фрейд розробив також техніку психоаналізу — форму бесіди з пацієнтом, при якій психотерапевти допомагають людям із проблемами заглянути у свою підсвідомість. Він вважав, що такий погляд у себе, навіть без гіпнотичних процедур, може допомогти пацієнтам перебороти свої психічні проблеми.

Психоаналіз — теорія або лікування психічних патологій, згідно яким причинами цих порушень є підсвідомі психічні процеси.

Фрейд і його послідовники в першу чергу застосовували психоаналіз для лікування пацієнтів, яким не була потрібна госпіталізація. Для проведення сеансів ці пацієнти відвідували терапевтів у їхніх кабінетах, зустріч з лікарем тривала приблизно годину, потім люди йшли, щоб зайнятися своїми повсякденними справами — ця форма зараз відома як амбулаторне лікування. На початку двадцятого сторіччя теорія і терапевтична практика психоаналізу одержали широке поширення у всіх західних країнах.

Психологічні замітки. Плата за сеанс лікування у Зигмунда Фрейда на сьогоднішні ціни дорівнювала 120-160 доларам. Це порівняно з оплатою послуг деяких дорогих лікарів Нью-Йорка і Лос-Анджелеса.

Становлення вітчизняної патопсихології

Вітчизняна патопсихологія має іншу історію розвитку, ніж сучасна клінічна психологія на Заході. Однак народилися вони одночасно, на початку ХХ ст., і були викликані до життя запитом психіатричної практики та досягненнями психологічної науки.

До кінця ХІХ в. більшість психіатрів світу не використали даних психології: безплідність її уможлидних інтроспективних положень для потреб клініки була очевидна. У психіатричних журналах 60-80-х рр. минулого

століття публікувалося чимало робіт з анатомії і фізіології нервової системи і фактично були відсутні психологічні статті.

На початку ХХ ст. дослідники порушень психічної діяльності сповіщають про вичленування особливої галузі знань - патологічної психології. У літературі тих років ще зустрічається недиференційоване вживання термінів "патопсихологія" і "психопатологія". Так, А. Грегор (1910) пише: "Експериментальна психопатологія вивчає вчинення психічних функцій при ненормальних умовах, створених хворобливим процесом, що лежить в основі душевної хвороби" [211, 3]. "Особливі умови дослідження, а ще більш особлива постановка питань, що дається потребами психіатричної клініки, призвели до утворення самостійної дисципліни - експериментальної психопатології, дотичної, але не зливається з ... клінічної психіатрією, загальної та індивідуальної психологією", - писав П. М. Зінов'єв. "Наукова дисципліна, що вивчає психічне життя душевнохворих, носить назву психопатології або патологічної психології ...".

Змішання понять "патопсихологія" і "психопатологія" відбувалося через відсутність чіткої диференціації завдань психології і психіатрії в період первісного нагромадження фактичного матеріалу в конкретних дослідженнях аномалій психіки, тим більше що дослідники, як правило, в одній особі поєднували і психіатра і психолога.

Найбільш чітко уявлення про предмет і завдання патопсихології на зорі її становлення містилося в роботах В. М. Бехтерева: "Новітні успіхи психіатрії, зобов'язані в значній мірі клінічному вивченню психічних розладів біля ліжка хворого, послужили основою особливого відділу знань, відомого під назвою патологічної психології (курсив мій. - Б. З.), яка вже привела до вирішення вельми багатьох психологічних проблем і від якої, без сумніву, ще більшого в цьому відношенні можна очікувати в майбутньому. Називаючи патологічну психологію серед галузей "об'єктивної психології", вчений визначав її предмет: "... вивчення ненормальних проявів психічної сфери, оскільки вони висвітлюють завдання психології нормальних осіб". Відхилення і видозміни нормальних проявів душевної діяльності, на думку В. М. Бехтерева, підпорядковані тим же основним законам, що й здорова психіка. Таким чином, В. М. Бехтерев вже не ототожнював поняття "патопсихологія" і "психопатологія". В організованому їм психоневрологічному інституті одночасно читалися курси загальної психопатології і патологічної психології, тобто за ними стояли різні дисципліни.

У самих витоків формується галузі психології багато вітчизняні та зарубіжні вчені відзначали, що її значення виходить за межі прикладної до

психіатрії науки. Розлади психіки розглядалися як експеримент природи, що зачіпає здебільшого складні психічні явища, до яких експериментальна психологія ще не мала підходу. Психологія, таким чином, отримувала новий інструмент пізнання. "Хвороба перетворюється на тонке знаряддя аналізу, - писав Т. Рибо. - Вона виробляє для нас досліди, ніяким іншим шляхом не здійсненні". В одній з перших узагальнюючих робіт з патопсихології "Психопатологія в застосуванні до психології" швейцарський психіатр Г. Штёррінг проводив думку, що зміна в результаті хвороби того чи іншого елемента душевного життя дозволяє судити про його значення і місце в складі складних психічних явищ. Патологічний матеріал сприяє постановці нових проблем у психології. Крім того, патопсихологічні явища можуть служити критерієм при оцінці психологічних теорій.

У передмові до російського перекладу роботи Г. Штёррінга В. М. Бехтерев зазначав: "Завдяки більш опуклою картині патологічних проявів душевної діяльності нерідко співвідношення між окремими елементами складних психічних процесів виступають багато яскравіше і рельєфніше, ніж у нормальному стані. Наприклад, на патологічних випадках краще з'ясовуються складові елементи свідомості особистості, яскравіше виступає значення в душевного життя настрою і чутливої сфери взагалі, повніше з'ясовуються чинники, що визначають процеси пам'яті, асоціацій та судження і т.п. Зважаючи на це природно, що сучасні психологи все частіше і частіше звертаються до психопатології за роз'ясненням багатьох спірних питань".

Подібні думки висловлював і А. Ф. Лазурський: "Дані, здобуті патологією душі, змусили переглянути, а в багатьох випадках і піддати ґрунтовної переробки багато важливих відділи нормальної психології". З'явилася "можливість розглядати душевні властивості людини як би крізь збільшувальне скло, що робить для нас ясними такі подробиці, про існування яких у нормальних суб'єктів можна тільки здогадуватися".

Розвиток вітчизняної патопсихології з самих витоків відрізнялося міцними природничонауковими традиціями. На формування її принципів і методів дослідження вплинула робота І. М. Сеченова «Рефлекси головного мозку» (1863), яка пробила "пролом в стіні", що розділяла фізіологію і психологію. Сам І. М. Сеченов надавав великого значення зближенню психології і психіатрії. У листі М. А. Бічний батько російської фізіології повідомляв про намір зайнятися психологічними дослідженнями і розробити медичну психологію, яку любовно називав своєю "лебединою піснею". Але обставини не дозволили йому здійснити свої наміри.

Наступником І. М. Сеченова на цьому шляху став В. М. Бехтерев, психіатр за освітою, родоначальник матеріалістично орієнтованої експериментальної психології і основоположник патопсихологического напрямку в Росії. Як представник рефлексорної концепції, він вважав єдино науковим об'єктивний метод дослідження психічної діяльності, що вимагає по можливості охоплювати "всю сукупність фактів зовнішнього прояву невропсіхікі і супутніх умов ...".

Щоб розмежуватися з Інтроекспекціонізм, В. М. Бехтерев відмовився від вживання психологічної термінології. Понятійний апарат розвивається їм теорії створює враження, ніби школа В. М. Бехтерева займалася виключно фізіологією. Однак постановка досліджень була спрямована головним чином на аналіз виконання експериментальних завдань, а не на особливості нейродинаміки. "Об'єктивна психологія" В. М. Бехтерева поривала з традиційним функціоналізмом і пропонувала експериментально досліджувати різні види діяльності: як хворим проводиться ототожнення вражень, визначення несообразностей в малюнках і розповідях, поєднання словесних символів і зовнішніх вражень, заповнення складів і слів при пропуску їх у тексті, визначення подібності та відмінності між об'єктами, освіта виведення з двох посилок і ін.

Але в ході боротьби з суб'єктивно-ідеалістичною психологією В. М. Бехтерев, що не опанувала діалектичним матеріалізмом, прийшов до створення "рефлексології", в якій механічно розщепив реальну діяльність: абсолютизував її зовнішні прояви і ігнорував психічний образ. З діяльності вихолощується її мотиваційний компонент, що дозволяє бачити в людині суб'єкта діяльності.

Потрібно відзначити, що, незважаючи на це, у конкретних роботах Бехтерівської школи декларований в теорії відхід від психологічної термінології та відповідного аналізу не завжди проводився. Що стосується патопсихологических досліджень, то більшість з них було здійснено в дорефлексологічеській період творчості В. М. Бехтерева, коли таке завдання зовсім не ставилася. Представниками школи В. М. Бехтерева було розроблено багато методик експериментально-психологічного дослідження душевнохворих. Деякі з них (методика порівняння понять, визначення понять) увійшли до числа найбільш уживаних в радянській психології.

У роботах Бехтерівської школи відображений багатий конкретний матеріал про розлади сприйняття і пам'яті, розумової діяльності, уваги, уваги та розумової працездатності. Результати експериментів зіставлялися з особливостями поведінки хворого поза експериментальної ситуації. В історіях

хвороби, написаних з позицій об'єктивної психології, містяться цінні для психологічного аналізу відомості про порушення особистості, свідомості та самосвідомості, емоційно-вольової сфери. Викладаються вони в динаміці, яка дозволяє бачити умови і стадії розвитку психічного дефекту, які проявляються в реальній життєдіяльності людини.

Деякі патопсихологічні дослідження школи представляють інтерес як історичний факт "діяльнісного" підходу до психічних явищ. Так, у багатосторонніх дослідженнях співробітників В. М. Бехтерева асоціації виступають не механічним зчепленням уявлень, а результатом діяльності, залежним від її будови і динаміки. Або, наприклад, мова аналізується в системі цілісного поведінки; її особливості в експериментальній бесіді зіставляються з промовою хворого в інших обставинах; показується, що подібні мовні реакції можуть мати різну природу, відсутність або перекручення мовної реакції можливо не тільки через розумової недостатності, але і як вираз негативізму, "мимовільного, але свідомого прагнення хворих ухилитися від зовнішнього впливу на їх волю". Весь цей об'єктивний матеріал цілком може бути проаналізований в руслі сучасної теорії діяльності.

Основними принципами патопсихологічного дослідження в школі В. М. Бехтерева були: використання комплексу методик, якісний аналіз розлади психіки, особистісний підхід, співвіднесення результатів дослідження з даними здорових осіб відповідного віку, статі, освіти.

Використання комплексу методик - спостереження за випробуванням по ходу експерименту, врахування особливостей його поведінки поза експериментальної ситуації, поєднання різних експериментальних методик для дослідження одних і тих же патологічних явищ - сприяло отриманню багатого об'єктивного матеріалу.

Принцип якісного аналізу, висунутий в період захоплення багатьох дослідників вимірювальними методами (підхід до порушень психіки як до кількісного зменшення тих чи інших здібностей), став традиційним у вітчизняній патопсихології. За теоретична платформа вченого, особливо в період розробки рефлексології, обмежувала аналіз протіканням зовнішніх особливостей діяльності. І зафіксований об'єктивний матеріал не доводився до справді психологічного аналізу.

Цінний і плідний принцип особистісного підходу був теж висунутий В. М. Бехтерева в період панування функціоналізму у світовій експериментальній психології: "Особистість хворого і її ставлення до експерименту нітрохи не залишається експериментатором без уваги Все, що може дати об'єктивне спостереження над хворим, починаючи з міміки і

кінчаючи заявами та поведінкою хворого, має бути прийняте до уваги ... оцінюємо у зв'язку з усіма умовами експерименту, не виключаючи й безпосередньо передують досвіду "[28, 5931. Але" об'єктивний метод "В. М. Бехтерева суперечив можливостям цього принципу, і аналіз залишався незавершеним.

На погляди К. І. Поварніна та інших представників школи В. М. Бехтерева дуже впливав завідувач психологічної лабораторією психоневрологічного інституту А. Ф. Лазурський. Будучи учнем і співробітником В. М. Бехтерева, він став організатором власної психологічної школи. У передмові до книги А. Ф. Лазурський "Психологія загальна та експериментальна" Л. С. Виготський писав, що її автор належить до тих дослідників, які були на шляху перетворення психології емпіричної в наукову. Сам А. Ф. Лазурський розробляв головним чином питання індивідуальної та педагогічної психології, але ідеї з цих галузей переносилися і в патопсихологію. Так, К. І. Поварнин вказуючи на необхідність врахування індивідуальних особливостей хворих, оскільки іноді знаходять дефекти там, де насправді різко виражені індивідуальні особливості. Наприклад, слабе запам'ятовування можливо не через хворобу, а як результат поганий слухової пам'яті, у чому можна переконатися із запам'ятовування зорово сприйнятого. Ця ідея збагачувала принцип співвіднесення результатів дослідження хворих і здорових.

У клініку був впроваджений розроблений А. Ф. Лазурским для потреб педагогічної психології природний експеримент. Він застосовувався в ході організації дозвілля хворих, їхніх занять та розваг - зі спеціальною метою пропонувалися рахункові задачки, ребуси, загадки, завдання по заповненню пропущених в тексті букв, складів та ін.

Таким чином, патопсихологія вже в джерелах мала всі ознаки, необхідні для затвердження її наукової самостійності в якості галузі психологічної науки: предмет дослідження - порушення психіки; методи - весь арсенал психологічних методів; концептуальний апарат - апарат психологічної науки. Інша справа, який зміст вкладався в поняття психіки представниками різних психологічних течій. У школі В. М. Бехтерева намітилися широкі перспективи розвитку, позначилися теоретичні та прикладні аспекти стає галузі.

Патопсихологічні методи використовувалися в дитячій та судовій експертизах. В. М. Бехтерев та Н. М. Щелованов писали, що дані патологічної психології дозволяють майже безпомилково розпізнавати психічно неспроможних школярів, щоб виділити їх в спеціальні установи для відсталих.

В.М. Бехтерев не рахував вивчення психіки душевнохворих ключем до пізнання внутрішнього світу здорових.

Від норми - до патології, щоб повернути хворому нервово-психічне здоров'я, - таким повинен бути шлях думок психіатра. Тому і в практиці підготовки невропатолога і психіатра, і в наукових психіатричних пошуках школи В. М. Бехтерева психологія нормальної людини займала почесне місце.

Різномічні конкретні дослідження і розробка елементарних теоретичних основ дозволяють вважати внесок школи В. М. Бехтерева в патопсихологію відправним пунктом формування даної галузі в Росії. Саме тому В. М. Бехтереву і його співробітникам приділяється так багато уваги в даній книзі.

С. С. Корсаков і його співробітники з'явилися організаторами та учасниками Московського психологічного товариства. Сам С. С. Корсаков був головою цього товариства. Роботи, що вийшли з його клініки, внесли цінний внесок у психологічну науку - у розуміння механізмів пам'яті і її розладів, механізмів і розладів мислення. Так, всесвітньо відомий "корсаковський синдром" дав нові уявлення про тимчасовій структурі людської пам'яті, заклав основи для поділу видів пам'яті на довготривалу і короткочасну. У роботі "До психології мікроцефалії" С. С. Корсаков писав про відсутність у ідіотів "напрямної функції розуму", яка робить людські дії осмисленими і доцільними [95]. Аналіз структури слабоумства в роботі А. А. Токарського "Про дурості" підводив до думки про те, що розлади інтелектуальної діяльності хворих не зводяться до розпаду окремих здібностей, а представляють складні форми порушень всієї цілеспрямованої розумової діяльності [187].

Ряд засідань Московського товариства психологів був присвячений ознайомленню з методами психологічного дослідження, з роботами по експериментально-психологічній діагностиці психічних захворювань. Великий інтерес викликала книга А. Н. Бернштейна "Клінічні прийоми психологічного дослідження душевнохворих" і "Атлас для експериментально-психологічного дослідження особистості" Ф. Г. Рібакова .

Широку популярність в Росії і за кордоном отримала робота Г. І. Россолімо "Психологічні профілі. Метод кількісного дослідження психологічних процесів в нормальному і патологічному станах" .У ній робилася спроба перетворення психології в точну науку - пропонувалася деяка система обстеження і оцінка за 10-бальною шкалою психічних процесів. У результаті виходила індивідуальна крива (профіль), яка характеризує рівень "первинного", вродженого, і "вторинного", придбаного, розуму. Це були перші спроби тестових випробувань, і Г. І. Россолімо з його позитивними

устремліннями з'явився одним з основоположників педології в Росії, методологічна та практична неспроможність якої оголилася в 1930-і рр.

Як правило, провідні психоневрологи передреволюційної Росії були провідниками передових ідей психології і сприяли її розвитку в науково-організаційному напрямі. Вони були членами наукових психологічних товариств, редакторами та авторами психологічних журналів.

Після Великої Жовтневої соціалістичної революції саме на психоневрологічних з'їздах прозвучали перші доповіді радянських психологів, які виступили за побудову марксистської психології, К. Н. Корнілова і В. М. Бехтерева (на I і II Всеросійських з'їздах по психоневрології в 1923 і 1924 рр.); на II з'їзді вперше виступив Л. С. Виготський, що підняв голос проти механістичного вихолощення з психології психічного образу.

На становлення патопсихології як особливої галузі знань великий вплив зробили ідеї видатного радянського психолога Л. С. Виготського: 1) мозок людини має інші принципи організації, ніж мозок тварини;

2) розвиток вищих психічних функцій не визначено морфологічною структурою мозку, вони виникають не в результаті одного лише дозрівання мозкових структур, а формуються прижиттєво шляхом присвоєння досвіду людства в процесі спілкування, навчання, виховання;

3) ураження одних і тих же зон кори має неоднакове значення на різних етапах психічного розвитку.

Теоретичні ідеї Л. С. Виготського, що отримали подальший розвиток у роботах його учнів і співробітників А. Р. Лурии, А. Н. Леонт'єва, П. Я. Гальперіна, Л. І. Божович, А. В. Запорожця, багато в чому визначили шлях патопсихологічних і нейропсихологічних досліджень у нашій країні.

Сам Л. С. Виготський керував патопсихологічною лабораторією при Московському відділенні ВІЕМ на базі клініки ім. С. С. Корсакова, в якій працювали психологи Г.В. Биренбаум, Б. В. Зейгарник та ін. Експериментальні дослідження психології розумової відсталості послужили Л. С. Виготському матеріалом для побудови теорії про зв'язок пізнавальної та мотиваційної сфер у принциповій дискусії з К. Левином (про зв'язок інтелекту і афекту). Експериментальні дослідження під керівництвом Л. С. Виготського поклали початок багатостороннього вивчення розпаду мислення Б. В. Зейгарник і її співробітниками в патопсихологічній лабораторії Інституту психіатрії МОЗ РРФСР і МГУ.

Це психоневрологічний інститут ім. В. М. Бехтерева і ЛДУ, де протягом кількох десятиліть дослідженнями з патопсихології керував В. Н. Мясіщев. Відповідно до традицій школи В. М. Бехтерева на новій методологічній основі,

в руслі теорії відносин В. Н. М'ясищева здійснювалися дослідження за різними напрямками медичної психології. У цих дослідженнях були продовжені кращі традиції школи В. М. Бехтерева - цілісний підхід до особистості і непримиренність до функціоналізму: "Психологія безособових процесів повинна бути замінена психологією діяльної особистості, або особистості у діяльності" .

З 1949 р з ініціативи С. Л. Рубінштейна почав читатися курс патопсихології в Московському державному університеті ім. М. В. Ломоносова на психологічному відділенні філософського факультету. В даний час подібні курси введені в навчальні програми всіх факультетів або відділень психології університетів країни.

За останні роки зросло значення патопсихології в психокорекційній роботі, яка проводиться в різних видах психологічної служби: психокорекція та профілактика у соматичній клініці та клініці неврозів, поліклінічних відділеннях кризових станів, "телефони довіри", "Служба сім'ї" та ін. Патопсихологію приймають участь у груповій психокорекції (Психоневрологічний інститут ім. В. М. Бехтерева, Клініка неврозів, ряд психіатричних лікарень та ін.).

Розширюється мережа лабораторій по відновленню як окремих порушених функцій, так і працездатності хворих людей. Участь психологів стає зараз не тільки необхідним, але часто провідним чинником як в діагностичній роботі, так і в галузі профілактики та психокорекції психічних розладів. Особливий розвиток отримали патопсихологічні дослідження в дитячих психоневрологічних закладах. Розробляються методики, що сприяють ранній діагностиці розумової відсталості: проводиться аналіз складних картин недорозвинення в дитячому віці з метою пошуків додаткових диференційно-діагностичних ознак і симптомів; використовуючи положення Л. С. Виготського про "зону найближчого розвитку", патопсихологи розробляють методики "навчального експерименту", спрямовані на виявлення прогностично важливих ознак навченості дітей (С. Я. Рубінштейн, В. В. Лебединський, А. Я. Іванова, Е. С. Мандрусова та ін.). Розробляються методи ігрової психокорекції (А. С. Співаковська, І. Ф. Рапохіна, Р. А. Харитонов, Л. М. Хрипкова). Значно зросла роль Патопсихологію в галузі трудової, судово-психіатричної та судово-психологічної експертизи.

Історія розвитку поглядів на патологію та її лікування в Україні

У 1554 р. Іван Грозний видав указ, у якому вимагав від монастирів турбуватися про "малоумних", забезпечувати їм харчування і догляд. Така форма піклування про хворих існувала до XVIII ст. А наприкінці царювання

Петра I з'явився царський указ про заборону посилати психічно хворих у монастирі і про влаштування для них спеціальних будинків. Закон від 07.09.1775 р. так регламентує діяльність таких будинків: ..."чтобы дом был избран довольно просторный и крепкий, чтобы утечки из него учинить неможно было. Такой дом нужно снабдить пристойным, добросердечным, твердым и исправным надзирателем и нужным числом людей смотрения, услужения и прокормления сумасшедших, к чему нанимать можно или из отставных солдат добрых и исправных, или же иных людей за добровольную плату, кои бы обходились с сумасшедшими человеколюбиво, но притом имели за ними крепкое и неослабое во всякое время смотрение, чтоб сумасшедший сам себе и никому вреда не учинил".

У 1776 р. у Москві було відкрито Катерининську лікарню з відділенням для душевнохворих. У 1782 р. у Петербурзі було збудовано Обухівську лікарню з психіатричним відділенням, а в 1832 р. у Петербурзі закінчили будівництво психіатричної лікарні "Всех скорбящих" (згодом - лікарня ім. Фореля). В організації роботи цієї лікарні діяльну участь брав І. Ф. Рюль. Він створив статут лікарні, яким передбачалося ввічливе і м'яке звертання до хворих, заборонялось говорити хворому "ти".

Після 1864 р. на земські управи було покладено будівництво психіатричних лікарень (було збудовано Харківську, Одеську, Казанську, Новгородську, Тверську психіатричні лікарні, психіатричні відділення в Московському і Петербурзькому військових госпіталях).

Розуміння душевних розладів як хвороби визначало й характер будівництва лікарень - для лікування, а не для притулку. Очолили психіатричні лікарні лікарі, які мали підготовку з психіатрії. А це, у свою чергу, створювало умови для встановлення медичного режиму, догляду, методів лікування і аналізу спостережень.

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

Розвиток психіатрії завдячує діяльності В. Х. Кандинського (висунув вчення про псевдогалюцинації), В. П. Осипову, І. П. Павлову, П. Б. Ганнушкіну (вивчали психічні процеси, а також психози як діяльність всього

мозку, усіх ланцюгів центральної нервової системи), П. К. Анохіна, Г. Н. Крижанівського. Патофізіологічні напрями розробляв у своїх працях В. П. Протопопов, який створив на Україні своєрідну школу вчених-психіатрів. Серед них - И. А. Поліщук - його біохімічні дослідження доводять матеріалістичну природу психічних хвороб, дозволяють виділити досить специфічні біохімічні синдроми при психічних розладах. В Україні працювали і такі відомі вчені-клініцисти, як Т. І. Юдін, Є.А. Попов, К. І. Платонов, Я. П. Фрумкін, П. В. Бі-рюкович, І. Я. Завілянський та ін.

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

. Ф. Лазурський (учень В. М. Бехтерева), завідувач психологічної лабораторії у заснованому В. М. Бехтеревим Психоневрологічному інституті, організатор власної психологічної школи, розробив природний експеримент для педагогічної практики, який був впроваджений і в клінічну практику. У клініці природний експеримент застосовувався в ході організації дозвілля хворих, їх занять і розваг - із спеціальною метою давались арифметичні задачі, ребуси, загадки, завдання відтворити пропущені літери та склади в тексті та ін.

Іншим центром, у якому розвивалася клінічна психологія, була психіатрична клініка С. С. Корсакова (С. С. Корсаков багато зробив для організації психіатричної допомоги, реформування принципів догляду за психічно хворими; описав поліневритичний психоз, довівши, що психопатологія може бути зумовлена ураженням мозку і взагалі нервової тканини; на міжнародному з'їзді в 1897 р. цей поліневритичний психоз назвали хворобою Корсакова, що визнали психіатри всього світу.) У цій клініці в 1886 р. була організована друга в Росії психологічна лабораторія, якою завідував А. А. Токарський. С. С. Корсаков, як і всі представники прогресивних напрямів у психіатрії, дотримувався тієї думки, що знання основ психологічної науки дає можливість правильно розуміти розлад психічної діяльності психічно хворої людини. А. А. Токарський в одній із своїх статей доводив, що відхилення інтелектуальної діяльності хворих не зводяться до розладу окремих здібностей, а що йдеться про складні форми порушень усієї цілеспрямованої мислинневої діяльності.

1.2. ПАТОПСИХОЛОГІЯ ЯК ГАЛУЗЬ ПСИХОЛОГІЧНОЇ НАУКИ

Предмет і завдання патопсихології

Існує кілька трактувань терміну "патопсихологія" (від грец. *Pathos* - "страждання"). Так, В. П. Зінченко та І. Ю. Левченко під патопсихологія розуміють галузь психології, що вивчає зміни психічної діяльності при патологічних станах мозку, пов'язаних з психічними чи соматичними захворюваннями. В інтерпретації Б. В. Зейгарник патопсихологія вивчає закономірності розладу психічної діяльності і властивостей особистості в зіставленні з закономірностями формування і протікання психічних процесів в нормі, закономірності спотворень відображеної діяльності мозку.

У сучасній психології іноді спостерігається змішання понять і некоректне використання термінів патопсихології. У зв'язку з цим закономірне запитання про розмежування понять "психопатологія" і "патопсихологія". Визнання того, що патопсихологія є психологічною, а не медичною дисципліною, визначає предмет патопсихології і відмежовує його від предмета психопатології.

Психопатологія як галузь медицини спрямована на вивчення загальних особливостей психічних захворювань, дослідження їх симптомів і синдромів, виявлення патогенетичних механізмів психічних порушень.

Патопсихологія, будучи психологічною дисципліною, виходить з закономірностей розвитку та структури психіки в нормі. Вона вивчає принципи розладу психічної діяльності і властивостей особистості в зіставленні з закономірностями формування і протікання психічних процесів в нормі. Таким чином, при всій близькості об'єктів дослідження психопатологія і патопсихологія відрізняються своїми предметами. Тому проблеми і завдання, які патопсихологія повинна вирішувати власними методами і використовуючи свої поняття, не повинні підмінятися проблемами, що знаходяться в компетенції психіатрів. Приміром, встановлення клінічного діагнозу захворювання, призначення відповідного лікування - компетенція психіатра, а психологічне дослідження порушень мислення, особистості, розумової працездатності хворого, виявлення збережених психічних функцій для побудови плану корекційно-відновлювальної роботи - компетенція патопсихолога.

Предмет патопсихології становить зміна психічної діяльності при патологічних станах мозку в зіставленні з нормою.

Іноді Патопсихологію доводиться вирішувати завдання, традиційно відносяться до компетенції психолога, який працює в спеціальній освіті:

наприклад, давати оцінку навченості дитини при встановленні або знятті діагнозу "розумова відсталість".

Інше завдання патопсихології - отримання додаткових даних про психічний стан хворого: стан його пізнавальної діяльності, емоційно-вольової сфери та особистості в цілому. Спеціальне експериментально-психологічне дослідження допомагає виявити багато ознак психічних порушень, визначити їх структуру і взаємозв'язок. Встановлюючи структуру порушеною пізнавальної діяльності та особистості, патопсихологічне дослідження надає клініцисту додаткові дані, необхідні для діагностики захворювання.

Ще одним важливим завданням, яке вирішує патопсихолог, є проведення експериментально-психологічного дослідження з метою психіатричної експертизи (трудова, військова, судова). У ході подібного експертного дослідження психолог може вирішувати задачу або встановлення структури порушень та їх співвідношення з зберігання сторонами психічної діяльності, або диференціальної діагностики. Складність такого дослідження для психолога полягає в тому, що хворий зацікавлений в результатах дослідження, а тому він може применшувати вираженість хворобливих порушень (диссимуляція), посилювати тяжкість наявних порушень (агравация) або навіть симулювати хворобливі прояви психіки для того, щоб уникнути відповідальності або отримати інвалідність.

Наступним завданням патопсихолога стає дослідження зміненої психічної діяльності під впливом терапії. У цих випадках неодноразове дослідження хворого однотипним набором методик дозволяє встановити динаміку змін психіки під впливом лікування і таким чином продемонструвати його ефективність.

Принципи патопсихології

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

- Патопсихологічне дослідження здійснюється за допомогою таких експериментальних завдань, які можуть актуалізувати розумові операції, якими користується людина у своїй життєдіяльності, мотиви, які спонукають цю діяльність. При цьому патопсихологічний експеримент повинен актуалізувати не лише розумові операції хворого, а й його особисте ставлення до роботи, самого себе, до результату роботи та ін.

- Будова патопсихологічного експерименту повинна надавати можливість виявляти не лише структуру змінених, а й збережених форм психічної діяльності хворого. Це важливо для вирішення питання відновлення порушених функцій. Питання про збережені можливості постає особливо гостро для з'ясування, наприклад, працездатності хворого, можливості продовжувати навчання і т.д.

- У патопсихологічному дослідженні слід враховувати ставлення хворого до досліду, яке залежить від його хворобливого стану. Так, здорові досліджувані намагаються виконати інструкцію, "приймають" завдання, а психічно хворі іноді не лише не намагаються виконати завдання, а неправильно тлумачать дослід чи чинять активний опір інструкції. Наприклад, якщо під час проведення асоціативного експерименту із здоровою людиною експериментатор попереджує, що будуть сказані слова, в які вона повинна вслухатись, то здоровий досліджуваний активно спрямовує свою увагу на сказані експериментатором слова. відповіді і т.д. У таких випадках побудова експерименту повинна бути змінена.

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

Методи патопсихології

Основним методом патопсихологічних досліджень є експеримент.

1. Патопсихологічний експеримент

В рамках цього експерименту відбувається вивчення порушених психічних процесів і особистості в спеціально створених умовах, що забезпечують максимальний прояв наявних порушень. Патопсихологічний експеримент здійснюється за допомогою конкретних прийомів вивчення психічних функцій - експериментально-психологічних методик.

При організації патопсихологічного експерименту дотримується декілька правил: експеримент повинен моделювати психічну діяльність, здійснювану людиною в праці, навчанні, спілкуванні; в експерименті необхідно знайти структуру не тільки порушених, але і збережених форм психічної діяльності; побудова експериментальних прийомів повинна

враховувати можливість пошуку рішень самим хворим, а також дозволяти патопсихологу втручатися в діяльність хворого для з'ясування того, як хворий сприймає допомогу експериментатора і чи може нею скористатися; експериментально-психологічні прийоми слід направити на розкриття якісної характеристики психічних порушень; результати експериментально-психологічного дослідження потрібно точно і об'єктивно фіксувати.

2. Патопсихологічне обстеження характерно застосування великої кількості найрізноманітніших методичних прийомів, оскільки тільки зіставлення результатів різних методів дозволяє достатньо об'єктивно судити про характер, глибину, якість і динаміку порушень психіки хворого.

Побудова експериментально-психологічного обстеження в клініці відрізняється різноманіттям, великою кількістю вживаних методик. Це необхідне, оскільки процес розпаду психіки проходить пошарово, практично не буває, щоб у хворого був порушений тільки один психічний процес. Різноманітність вживаних методик дозволяє виявити різноманіття порушень і зрозуміти їх співвідношення. Крім того, оскільки в експерименті з хворим хід досвіду може мінятися, при інтерпретації результатів обов'язково співставлення даних, отриманих різними методиками.

3. Бесіда - звичайно бесіда з хворим складається з двох частин.

Перша частина спілкування психолога і пацієнта здійснюється поза експериментом, тобто до і після експериментальної роботи. Ця бесіда залежить від поставленої перед психологом задачі, від відомостей, отриманих з історії хвороби, від стану хворого. В бесіді психолог повинен уникати обговорення з хворим його хворобливих переживань, в усякому разі не робити цього за власною ініціативою. В своїй бесіді психолог повинен враховувати відношення хворого до ситуації експерименту, до експериментатора. Але найголовніше полягає в тому, що і бесіда, і експеримент зобов'язані містити елементи деонтології: хворого необхідно підбадьорити, набудувати на успішне виконання експериментальних завдань. Друга частина бесіди відбувається безпосередньо під час експерименту, патопсихолог при цьому звичайно надає хворому допомогу у виконанні експериментальних завдань.

4. Тести- Тести є стандартними наборами завдань і матеріалів, з якими працює пацієнт. Стандартною є і процедура пред'явлення завдань: вони даються в певній послідовності, час виконання і оцінка результатів регламентований.

У зв'язку з тестуванням необхідно зупинитися на двох поняттях (надійність і валідність), що відносяться до психодіагностичних методик. Надійність тесту - це незалежність його результатів від дії всіляких

випадкових факторів (таких, як умови тестування, особистість експериментатора і випробовуваного, наявність попереднього досвіду тестування і т.д.). Валідність - це відповідність тесту психічній властивості або процесу, що вимірюється.

5. Опитувальники- опитувальниками називають методики, матеріалом яких є питання, на які обстежуваний повинен відповісти, або твердження, з якими обстежуваний повинен погодитися або не погодитися. Відповіді можуть даватися у вільній формі (опитувальники відкритого типу) або вибиратися з варіантів, пропонованих в опитувальнику (опитувальники закритого типу). Розрізняють опитувальників-анкети і особових опитувальників.

Опитувальники-анкети припускають можливість отримання інформації про обстежуване, що не відображає безпосередньо його особові особливості. Таким можуть бути біографічні опитувальники, у ряді випадків - опитувальники інтересів і опитувальники установок (залежно від того, наскільки співвідносяться інтереси і установки з власне особовими психологічними характеристиками, що виявляються: наприклад, опитувальник, що виявляє установку - відношення до певної соціальної групи, відноситься до опитувальників-анкетам).

6. Проективні методики- в основу побудови цих методик встановлено уявлення про те, що в творчості людини, його висловах, перевагах, інтерпретації подій виявляються приховані неусвідомлювані спонуки, конфлікти, переживання, що характеризують особу. Обстеження за допомогою цих методик припускає створення ситуації невизначеності. Інструкція визначає або загальні напрями, або початковий момент обстеження. Стимульний матеріал, що пред'являється для обстеження, може тлумачитися різними способами - важливо відношення, яке він викликає, суб'єктивне значення, асоціації, що виникають у зв'язку з цим матеріалом.

Детермінанти відхилень у розвитку особистості

У вітчизняній та зарубіжній психології існує ряд концепцій, кожна з яких розглядає порушення особистісного розвитку як наслідок досить різноманітних причин: генетичних, фізіологічних (наприклад, ускладнення процесу пологів), соціальних (засвоєння неадекватних форм поведінки батьків) тощо. Ми також не даємо власних оцінок цих теорій, вважаючи, що кожен психолог-практик має право вибрати найближчий йому напрям та про-водити корекційну роботу в його руслі.

Порядок викладення різних концепцій щодо формування порушень розвитку особистості побудований відповідно до того, до якого вікового періоду розвитку дитини автори відносять час виникнення розладу, чи

вважають його генетичне зумовленим, таким, що залежить від внутріутробного періоду, перебігу пологів, розвитку в перші місяці життя, впливу батьківського ставлення й т. д.

У біологічно орієнтованій психіатрії й психології особистісні та поведінкові порушення в дітей та підлітків розглядаються як результат впливу генетичних факторів. Так, схильність до ризику, агресія, ви-сока делінквентна активність у хлопчиків пов'язуються з наявністю додаткової «У»-хромосоми. Проводяться також серйозні дослідження з питання про роль генетичних факторів у процесі формування пси-хопатії, порушень потягів. В останні роки у вітчизняній та зарубіжній психології розвивається отологічний підхід, згідно з яким форми порушеної поведінки та патологічних (з точки зору сучасних соціальних норм) особистісних реакцій розглядаються у контексті поведінкової активності, характерної для різних біологічних істот. Схильність до бродяжництва в підлітків пояснюється прихильниками цієї концепції необхідністю освоєння нової території, виходу за межі «батьківського гнізда». Проводяться паралелі між реакціями групування в підлітків та аналогічною поведінкою в дитинчат окремих видів птахів та ссавців (пінгвінів, вовків й т. ін.); реакції наслідування, імітації також притаманні істотам інших видів і, можливо, диктуються тією самою біологічною закономірністю.

У межах різних психотерапевтичних підходів особистісні порушення розглядаються як результат впливу внутріутробного розвитку, пологів, першого року життя та подальших соціальних впливів. Так, у «Діа-незиці» Р. Хаббарда невротичні реакції, порушення поведінки, розумові стереотипи трактуються як наслідок сприйняття ролі матері плодом з моменту його зачаття та засвоєння ним мовних стереотипів.

С. Гроф пов'язує особистісний розвиток дитини та дорослого з особливостями перебігу передродового періоду та пологів. Він виділяє 4 «базові перинатальні матриці», що відповідають стадіям пологів та внутрішньоособистісним конфліктам, домінуючим потребам.

Перша перинатальна матриця (безтурботного внутріматкового існування) пов'язана з виникненням почуття задоволення від коливання, купання; з прагненням до того, щоб оточуючі негайно задовольняли всі потреби.

Друга перинатальна матриця (період переймів) закладає сприйняття світу як джерела безперервних та невизначених страждань, схильність до депресії, прагнення до безкровних способів самогубства.

Третя перинатальна матриця (період потуг) породжує напруженість, полярність емоційних переживань, високу схильність до ризику, кривавих способів само-губства. На думку С. Грофа, такі форми порушень потягів, як прагнення до підпалювань, бродяжництва, агресія, пов'язані з функцією третьої перинатальної матриці.

Четверта перинатальна матриця (відразу після на-родження) пов'язана з почуттям радості, полегшення, з прагненням до подолання перешкод. Формування таких сексуальних порушень, як ексгібіціонізм, жіночий гомосексуалізм, на думку С. Грофа, пов'язане з функцією цієї матриці. Не виключений зв'язок між функціями перинатальних матриць та рівнями базаль-ної емоційної регуляції. Згідно з теорією О. Ранка, первинно перенесеною психотравмуючою ситуацією є сам факт народження як перехід від ідеально сприятливих умов внутріутроб-ного існування до ворожого середовища. Це створює первинне відчуття тривоги. Ранк вважає відокремлен-ня від тіла матері основною травмою народження, що викликає подальші страхи самотності, розлуки і т. д.

Вплив на процес формування особистості негатив-них факторів розвитку дитини в ранньому віці, а саме недостатньої уваги з боку матері, простежений і в працях З. Фрейда. Психоаналітичне трактування «не-згладного сліду від розлуки з матір'ю у свідомості дитини» є фундаментом концепції З. Фрейда про ви-никнення у людини комплексів неповноцінності.

З точки зору З. Фрейда, основу порушення розвит-ку особистості та ряду психопатологічних симптомів становить конфлікт між підсвідомими потребами й соціальними нормами. Основним періодом формуван-ня невротичних конфліктів З. Фрейд вважає вік від народження до 5 років. У цей період дитина прохо-дить фази дозрівання сексуальності. Перша — оральна (під час годування груддю), коли рот немовляти функціонує як ерогенна зона. Пізніше, з привчанням до туалету, головна увага переноситься на відчуття, пов'язані з дефекацією (анальна фаза) та сечовипус-канням (уретальна). У віці 4-х років починає перева-жати інтерес до статевих органів (фалічна фаза).

З. Фрейд установив залежність порушень міжособистісного спілкування та поведінки від пригнічуван-ня потягів. Зокрема, при порушеннях з боку сімейно-го виховання (надмірної суворості, прагнення обме-жити природну поведінку дитини) формується невроз. При затримці особистісного та психосексуального розвитку на якійсь із ранніх стадій виникають специ-фічні особливості характеру, поведінки, статевих по-тягів. Основоположником дитячого психоаналізу була М. Клейн. А. Фрейд, продовжуючи та розвиваючи теорію сво-го батька, описує особливості формування захисних механізмів

особистості в дитячому віці. Ця дослідниця вважає, що дитина має більші, порівняно з дорослим, діапазони реагування на конфлікт між свідомим і підсвідомим. Вона може досягти задоволення своїх потягів через фантазію, рольову гру, а якщо ці ком-пенсаційні механізми недостатні, формується невроз. Навички «витіснення» чи «переносу», що з'явилися у дитинстві, або інші способи психологічного захисту від конфлікту, на думку А. Фрейд, продовжують функціонувати в дорослому житті начебто автома-тично. У сучасних концепціях гуманістичної психології велике значення надається дитячо-батьківським сто-сункам, особливо емоційному контакту матері з дити-ною.

Первинний і вторинний дефекти розвитку

Поряд із загальними закономірностями психічного розвитку нормального і аномального дитини своєрідний розвиток останнього має свої закономірності. Ще в 30-і рр. минулого століття Л.С.Виготський розробив теорію складної структури аномального розвитку дитини з дефектом. Ця теорія відкинула уявлення про ізольованому випадання однієї функції внаслідок ураження якого-небудь аналізатора або захворювання дитини. Дефект аналізатора або інтелектуальний дефект викликає ряд відхилень, створює цілісну складну картину атипового, аномального розвитку. Складність структури аномального розвитку полягає в наявності *первинного дефекту*, викликаного біологічним фактором, і *вторинних порушень*, що виникають під впливом первинного дефекту в ході подальшого аномального розвитку.

Так, при порушенні слухового сприйняття, що виник в результаті пошкодження слухового апарату і є первинним дефектом, поява глухоти не обмежується випаданням функції слухового сприйняття. Слуховий аналізатор відіграє виняткову роль в розвитку мови. І якщо глухота виникла до оволодіння мовою, як наслідок настає німота - вторинний дефект розвитку глухого дитини. Така дитина зможе опанувати промовою тільки в умовах спеціального навчання з використанням збережених аналізаторів: зору, кінестетичних відчуттів, тактильно-вібраційної чутливості і т.д. Звичайно, мова в цьому випадку відрізняється своєрідною неповноцінністю: вимова при відсутності слухового контролю порушено, словниковий запас обмежений, засвоєння граматичного ладу і розуміння мови утруднені. У сліпих дітей ранне ураження органів зору помітно впливає на їх розвиток. В якості вторинних відхилень проявляється недостатність просторових орієнтувань, обмеження конкретних предметних уявлень, своєрідність ходи, недостатня виразність міміки обличчя, характерологічні особливості.

Інтелектуальна недостатність, що виникла в результаті первинного дефекту - органічного ураження головного мозку, породжує вторинні порушення вищих пізнавальних процесів (активного сприйняття, словесно-логічного мислення, мови, довільних форм пам'яті), які у процесі соціального розвитку дитини. Вторинне недорозвинення психічних властивостей особистості розумово відсталого дитини проявляється в примітивних реакціях, завищеній самооцінці, негативизме, недорозвиненні волі, невротичний поведінці.

Діти з дефектами мови, наприклад недорікуватістю, що виникли при анатомічних особливостях артикуляційного апарату і є первинним, мають неминучі вторинні відхилення в розвитку, до яких будуть ставитися недоліки в оволодінні звуковим складом слова, розлад листи та ін.

Слід звернути увагу на взаємодію первинних і вторинних дефектів. В описаних вище випадках первинний дефект викликав вторинні відхилення. Однак і вторинні симптоми в певних умовах впливають на первинний фактор. Так, взаємодія неповноцінного слуху і виниклих на цій основі мовних наслідків є свідченням зворотного впливу вторинної симптоматики на первинний дефект.

Частковий і загальний характер порушень психічного розвитку людини

Порушення психічного розвитку мають частковий або загальний характер. Частковий характер порушень пов'язаний з недостатністю процесів сприйняття, праксису, мови і т. ін.. загальний регуляторних систем.

Часткові порушення — порушення в діяльності аналізаторів (зору, слуху. пропріоцептивної чутливості).

Локальне ураження кори головного мозку спричинює порушення функцій окремих психічних процесів.

При локальних ураженнях спостерігаються порушення

Ураження ліво-скроневих ділянок кори головного мозку - порушення смислової сторони мовлення: фонематичного аналізу та синтезу, порушень читання та письма. При ранньому (в перші роки життя) ураженні цих відділів у дитини спостерігається недорозвиток мови різного рівня. При пізніших - руйнується вже сформована мова.

Ураження право-скроневих ділянок кори головного мозку - порушення інтонаційної структури мови, недостатність у сприйнятті ритму, тональності, емоційного забарвлення.

Ураження потиличних ділянок - недостатність зорового сприйняття (При нормальній гостроті зору порушується процес аналізу та синтезу зорових образів).

Ураження передньотім'яних ділянок - порушення мимовільних рухів дитини, уповільнення формування рухових навичок.

Загальні порушення функцій головного мозку пов'язані з діяльністю регуляторних систем.

При загальних ураженнях спостерігаються порушення

1. Ураження підкірковому ділянок - зниження рівня бадьорості, постійного чи фазового зниження розумової працездатності, порушення простих потягів (посилення чи послаблення статевого, харчового рефлексів), порушення емоцій (безпричинна лють, відчуття загальної туги, тривоги і т. д.).

2. Ураження лобних відділів - порушення довільності, цілеспрямованості діяльності (особливо інтелектуальної).

Загальні й часткові порушення виявляють певну ієрархію.

Порушення часткових функцій можуть компенсуватися діяльністю інших збережених аналізаторів.

При вивченні будь-яких відхилень у розвитку дитини необхідно встановити наявність часткових та загальних порушень, а також з'ясувати механізми їхньої компенсації та (по можливості) причини й час виникнення.

Наступний параметр порушень психічного розвитку пов'язаний з часом ураження. Оскільки дитина перебуває в процесі розвитку, то однакові ушкоджуючі фактори виявляють різний вплив, якщо вони рознесені в часі. Чим раніше сталось ураження, тим вірогіднішими будуть прояви недорозвитку психіки. При пізніших ураженнях відбуваються порушення та розпад раніше сформованих функцій.

Тому результати патопсихологічного дослідження дитини з відхиленнями у психічному розвитку будуть відображати збережені, уражені та різною мірою затримані функції психічних процесів.

Порушення міжфункціональної взаємодії

Явища тимчасової незалежності функцій зустрічаються в ранньому віці (до двох років) Так, наприклад, на ранньому етапі становлення мови спостерігається незалежне розвиток фонетичної і смислової функції, що має відносний характер і досить швидко припиняється.

У патології тимчасова незалежність перетворюється в ізоляцію. Ізольована функція позбавляється впливу з боку інших, стереотіпізується. Ізоляції може піддаватися як порушена, так і сохранный функція. Так,

наприклад, при деяких видах олігофренії можлива добре розвинена механічна пам'ять, але використання цієї функції недостатньо за рахунок недорозвинення мислення. Зустрічаються також ізольовані здатності у дітей з вираженими формами олігофренії - музичний слух, іноді здатність до швидкого рахунку. При патопсихологічному обстеженні необхідно комплексне дослідження функцій психічних процесів, так як хороше більш розвинутою механічною пам'яті і наслідувальної мови може маскувати інтелектуальні і дефект при короткочасному спілкуванні з дитиною

Другий тип нормальних зв'язків - асоціативний (Н А Берштейн). В якості ведучого він також зустрічається в перші роки життя. При цьому типі взаємодії розрізнені чуттєві враження об'єднуються на основі тимчасово-просторової близькості. Ці асоціативні комплекси можуть бути різного ступеня складності, але їх всіх відрізняє мала диференційованість психічних процесів.

Асоціативні зв'язки при органічному ураженні нервової системи характеризуються підвищеною інертністю. Виникають труднощі переходу до інших типів зв'язку, патологічний механізм фіксації. У пізнавальній сфері це виступає як стереотипність мислення, труднощі у формуванні нових інтелектуальних навичок. Відзначається також фіксація в емоційній сфері: фіксація страхів, почуття гніву і т. Д.

Третій тип зв'язків - ієрархічний, він характерний для більш старшого віку і формується в процесі предметної діяльності і спілкування.

В ході ієрархізації виділяються провідні (регуляторні) і фонові рівні, з певною автономністю виконують своє завдання. Це дозволяє ускладнювати і вдосконалити всі рівні, успішно компенсувати порушення, що виникають на одному з фонових рівнів.

Нові типи міжфункціональних зв'язків виникають в нормі в певній послідовності; в разі ж порушення психічного розвитку виникає явище асинхронії розвитку (Е. Кечмер, Г. Штут, Р. Заззо, В.В.Лебединский).

Явище асинхронії розвитку може проявлятися:

1) у вигляді ретардації - незавершеність окремих періодів розвитку, збереження більш ранніх форм. Ретардація характерна для олігофренії і затримки психічного розвитку. Можлива також ретардація, яка зачіпає окремі функції: це зазначається при недорозвитку мовлення, емоційно-мотиваційної незрілості в рамках інфантилізму і т. Д. ;

2) у вигляді патологічної акселерації окремих функцій, наприклад, ранній прояв сексуального потягу при передчасному статевому дозріванні органів;

3) при поєднанні явищ ретардації і акселерації. Дане явище характерне для різних порушень, але перш за все зустрічається при ранньому дитячому аутизмі, дисгармоническом інфантилізмі, психопатії.

Асинхронія розвитку породжує виражену дисгармонію формування психічних процесів і особистості, в зв'язку з чим насамперед страждають процеси контролю і саморегуляції.

1.3. РОЗЛАДИ ПСИХІЧНИХ ПІЗНАВАЛЬНИХ ПРОЦЕСІВ, ЕМОЦІЙНО-ВОЛЬОВИХ ПРОЦЕСІВ ТА ІНТЕЛЕКТУ

Розлади відчуття

Гіперестезія - загальне зниження порогу чутливості, сприймається хворими як емоційно неприємне почуття з відтінком роздратування. Це призводить до різкого підвищення сприйнятливості навіть надзвичайно слабких або індіферентних подразників. Хворі скаржаться, що не можуть заснути, бо "будильник цокає прямо у вухо", "накрохмалена простиралка гримить, як трамвай", "місяць світить прямо в очі". Невдоволення викликають явища, перш просто не помічає хворий (звук капає з крана води, стукіт власного серця). Гіперестезія - одне з найбільш характерних проявів астеничного синдрому, у складі якого вона спостерігається при багатьох психічних і соматичних захворюваннях. Це нозологически неспецифічний симптом, який вказує на загальний стан виснаження психічної діяльності. В якості основного розлади гіперестезія виступає при найбільш м'яких невротичних захворюваннях (неврастенії). *Гіпестезія* - загальне зниження чутливості, що виявляється неприємним почуттям измененности, бляклості, сірості навколишнього світу. Хворі відзначають, що перестають розрізняти відтінки кольору, смак їжі; звуки здаються їм приглушеними, нецікавими, що доносяться як ніби здалеку. Гіпестезія характерна для стану депресії. При цьому синдромі вона відображає загальний песимістичний фон настрою хворих, придушення потягів і загальне зниження інтересу до життя.

Істерична анестезія - функціональний розлад, що виникає у особистостей з демонстративними рисами характеру безпосередньо після дії психотравми. При істерії можлива як втрата шкірної (больовий, тактильної) чутливості, так і втрата слуху чи зору. Оскільки такий стан формується за механізмом самонавіювання, конкретні прояви анестезії можуть сильно відрізнятися від симптомів при органічних неврологічних поразках і при хворобах органів почуттів. Так, області шкірної анестезії не завжди відповідають типовим зонам іннервації. Замість характерного для полінейропатії згладженого переходу від здорової ділянки шкіри до

нечутливість дистальному відділу кінцівки можлива різка межа (за ампутаційними типу). Важливою ознакою функціонального істеричного характеру розладів є наявність безумовних рефлексів, наприклад рефлексу "стеження погляду" (при збереженні зору очі фіксовані на об'єктах і не можуть рухатися одночасно з поворотами голови). При істеричної шкірної анестезії можливо атипове збереження реакції на холодні предмети при відсутності больової чутливості. При істеричному неврозі анестезія може спостерігатися відносно тривалий час, проте частіше вона виникає у демонстративної особистості як мінуща реакція на конкретне психотравмуюче подія. Крім загального зниження або підвищення чутливості, проявом психічного розладу буває виникнення атипичних або патологічно збочених відчуттів.

Парестезії - це частий неврологічний симптом, який спостерігається при ураженні периферичних нервових стовбурів (наприклад, при алкогольній полінейропатії). Він виражається в знайомому багатьом почутті оніміння, поколювання, "повзання мурашок". Парестезії нерідко пов'язані з минулим порушенням кровопостачання органа (наприклад, під час сну в незручній позі, при напруженій ходьбі у пацієнтів з хворобою Рейно), зазвичай проєктуються на поверхню шкіри і сприймаються самими хворими як психологічно зрозумілий феномен.

Сенестопатія - симптом психічних розладів, що виявляється вкрай різноманітними, завжди надзвичайно суб'єктивними, незвичайними відчуттями в тілі, невизначений, недиференційований характер яких викликає у хворих серйозні труднощі при спробі точно описати випробовуване почуття. У кожного хворого воно абсолютно унікальне, не схоже з відчуттями інших хворих: одні порівнюють його з ворухінням, трепетом, бурлінням, витягуванням, стисканням; інші не знаходять у мові слів, адекватно відображають їх почуття, та вигадують власні визначення ("хвикаєт в селезінці" , "шурундіт в потилиці", "згвинтити під ребрами"). Іноді сенестопатії нагадують соматичні скарги, проте при уточненні хворі нерідко самі підкреслюють психологічний, неорганічний характер розладів ("відчуваю, що злипається анус", "здається, що відривається голова"). При порівнянні з фізичним відчуттям болю пацієнти чітко вказують на значну відмінність ("краще, вже, щоб просто боліло, а то ж прямо навиворіт вивертає"). Нерідко сенестопатії супроводжуються думками про наявність будь-якої соматичної хвороби. У цьому випадку стан позначається як *сенестопатно-іпохондричний синдром*.

Розлади сприймання

1. Ілюзії - викривлене сприймання реального об'єкта; це відхилення сприймання конкретного об'єкта за формою, кольором, величиною, консистенцією, віддаленістю від сприйнятого.

Зорові ілюзії проявляються у вигляді викривлення зорового образу (сприймання пальто, що висить у шафі, за реальну людину на основі схожості контурів).

Слухові ілюзії характеризуються порушенням сприймання реальних шумів, звуків, які можуть сприйматись як мовлення чи інші звуки (крик на вулиці може сприйматись як оклик на ім'я; різкий шум за дверима - як дзвінок у двері).

Смакові ілюзії проявляються видозміною звичного для об'єкта смаку (поява "присмаку"), нюхові ілюзії - запаху.

Часто трапляються *дотикові ілюзії*, що формуються на підставі реальних відчуттів (тактильних, больових, температурних). Появі ілюзій сприяють якісь фізіологічні або психологічні (афективні) особливості.

2. Галюцинації - сприймання, що виникає без наявності реального об'єкта і супроводжується переконаністю в тому, що даний об'єкт і в даному місці дійсно існує; це найбільш яскраві порушення процесу сприймання, які істотно змінюють поведінку людини і можуть бути хворобливими спонуканнями до дій.

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

За реальністю проєкції галюцинаторного образу галюцинації бувають:

- *істинні* - людина вказує місце розташування образу, як правило, ззовні і на реальній для сприймання відстані (наприклад, образ людини, який вона бачить, бачить на вулиці, а не на місяці; звук чує за стіною, а не з відстані тисячі кілометрів чи з голови);

- *псевдогалюцинації* - помилкові образи без проєкції зовні.

3. Ейдетизм - слід збудження, яке тільки що закінчилось, у якомусь аналізаторі у вигляді яскравого і чіткого образу.

4. Сенестопатії - різноманітні неприємні відчуття в різних частинах тіла, які важко піддаються опису хворим, і які сприймаються як мігруючі образи.

5. Агнозії - розлади впізнавання. Це невпізнання знайомих образів (слухових, зорових, просторових), є результатом відносно локальних органічних уражень тім'яно-потиличних зон: правої півкулі - розлади

впізнавання зорових образів (невпізнання людей), лівої півкулі - розлади впізнавання знайомих слухових образів, мовлення, музики при збереженні впізнання слів (О. Р. Лурія).

6. *Соматоагнозія* - розлад впізнавання частин власного тіла.

7. *Дереалізаційні розлади* - особливий вид розладів сприймання (психосенсорних розладів), при яких істотно змінюється сприймання об'єктів. Серед них:

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

8. *Деперсоналізація* - викривлене сприймання власної особистості в цілому, окремих якостей, а також частин тіла.

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

9. *Порушення сприймання часу*:

- *"зупинка часу"* - відчуття того, що час ніби "зупинився", кольори у сприйманні хворого стають тьманими, об'ємні предмети - плоскими; людина відчуває ніби втратила зв'язки із зовнішнім світом, оточуючими людьми;
- *"розтягування часу"* - у відчуттях людини час переживається як більш довгий, ніж вона звикла; плоске здається тривимірним, живим, рухливим, а чорно-біле - кольоровим; людина стає розслабленою чи ейфоричною;
- *"втрата відчуття часу"* - людина говорить: "часу ніби немає", "звільнився від тягара часу". Це завжди супроводжується зміненним сприйманням світу. Предмети і люди здаються більш контрастними і більш приємними;
- *"сповільнення часу"* - рухи людей сприймаються уповільненими, а їх обличчя - похмурими;

- "*прискорення часу*" - людині час здається швидкоплинним, зміненим видається весь оточуючий світ і власне "Я". Люди здаються метушливими. Гірше, ніж зазвичай, відчують своє тіло. З помилками визначають час доби і тривалість подій;

- "*зворотне протікання часу*" - говорять: "час тече вниз", "час іде у зворотному напрямі", "я іду назад у часі". Груба помилковість відтворення давності уже пережитих подій (події, що відбулися хвилину-секунду тому, сприймаються як такі, що були давним-давно).

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

Розлади уваги

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

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

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

У дитячій практиці виділяють *синдром дефіциту уваги*. Його ознаки:

неспокійні рухи в кистях і стопах (сидячи на стільці, корчаться, "звиваються");

неможливість спокійно сидіти на місці, коли це потрібно;

легке відволікання на сторонні стимули;

нетерплячість (ледве дочікується своєї черги під час ігор і різних ситуацій у колективі);

схильність відповідати, не задумуючись, не вислухавши до кінця запитання;

труднощі при виконанні запропонованих завдань (непов'язані з недостатнім розумінням чи негативною поведінкою);

труднощі підтримання уваги при виконанні завдань чи під час ігор;
частий перехід від однієї незавершеної дії до іншої;
неможливість гратись тихо і спокійно;
балакучість;
схильність заважати іншим, "докучати" оточуючим (наприклад, втручатись в ігри інших дітей);
зовнішні прояви незосередженості на звернене до людини мовлення;
схильність губити речі, необхідні в школі і вдома (наприклад, олівці, іграшки, книги і т.д.);
- часте здійснення небезпечних дій (недовраховання наслідків).
При цьому не шукає пригод чи гострих відчуттів (наприклад, перебігає вулицю, не оглядаючись по сторонах).

Порушення пам'яті

Виділяють такі розлади пам'яті:

1. *Амнезії* - розлад пам'яті у вигляді порушення здатності запам'ятовувати, зберігати і відтворювати інформацію. Види амнезій:

- *ретроградна амнезія* - порушення пам'яті, при якому неможливо відтворити інформацію, набуту до епізоду порушення свідомості, що виник з людиною;

- *антероградна амнезія* - труднощі відтворення стосуються часу після епізоду порушеної свідомості;

- *антероретроградна амнезія* - порушення пам'яті, при якому неможливо відтворити інформацію, набуту до та після епізоду порушення свідомості.

2. *Часткові порушення пам'яті* (порушення пам'яті часткового характеру):

- *гіпомнезія* - зниження пам'яті,

- *гіпермнезія* - підвищення пам'яті,

виникають на базі емоційних порушень, формуючи відповідно депресивний та маніакальний спектр симптомів.

3. *Парамнезії*:

- *конфабуляції* - обмани пам'яті, при яких нездатність закарбовувати події і відтворювати їх призводить до відтворення видуманих подій;

- *псевдоремінісценції* - порушення хронології в пам'яті, при якому окремі події минулого переносяться в теперішнє;

- *криптомнезії* - розлади пам'яті, при яких людина присвоює чужі думки, дії собі.

Закон формування мнестичних розладів Рібо: порушення (втрата) пам'яті (як і її відновлення) відбувається у хронологічному порядку - спочатку втрачається пам'ять на найбільш складні і недавні враження, потім - на старі. Відновлення відбувається у зворотному порядку.

За Р. Коннером, порушення пам'яті за причинами їх виникнення поділяються на:

1. *Не викликані явними фізіологічними причинами - дисоціативні:*

- *дисоціативна амнезія* (нездатність пригадати важливі події чи інформацію, пов'язані з особистим життям, зазвичай неприємного характеру, тобто люди страждають ретроградною амнезією, антероградна амнезія у них буває рідко);

- *дисоціативна fuga* (людина не лише забуває минуле, а й може відправитись у незнайоме місце і уявити себе новою особистістю), слідує зазвичай за сильним стресом, наприклад, воєнними діями чи стихійним лихом, хоча її може викликати і особистісний стрес - фінансові чи юридичні труднощі або депресивний епізод. Фуґи впливають лише на спогади про власне минуле, а не на універсальні чи абстрактні знання. Пам'ять у більшості людей з дисоціативною фуґою відновлюється повністю чи майже повністю, і в них не буває рецидивів;

- *органічний дисоціативний розлад особистості* (у людини присутні дві чи більше різних особистостей, які не завжди можуть пригадати думки, почуття і вчинки один одного).

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

Антероградна амнезія часто є наслідком ушкодження скроневих часток головного мозку або проміжного мозку - ділянок, які несуть основну відповідальність за перетворення короткочасної пам'яті у довготривалу.

За тяжких форм антероградної амнезії нові знайомі забуваються майже миттєво, а за проблеми, вирішені сьогодні, доводиться братися вже на наступний день.

Корсаківський амнестичний синдром - люди постійно забувають тільки що почерпнуту інформацію (антероградна амнезія), хоча їх загальні знання та інтелектуальні здібності залишаються незмінними. Характерні симптоми: затьмарення свідомості, дезорієнтація, схильність до конфабуляцій. Спричинюється хронічним алкоголізмом у поєднанні з поганим харчуванням і, як наслідок - нестачею вітаміну В1 (тіаміну).

-*Деменції* (впливають і на пам'ять, і на інші когнітивні функції, наприклад, абстрактне мислення чи мовлення).

Найпоширенішою формою деменції є хвороба Альцгеймера - зазвичай вражає людей, віком старших за 65 років. Може вперше про себе заявити у середньому віці, але частіше на неї хворіють після 65 років, її поширеність різко зростає серед людей у віці 80 років. Може тривати 20 років і більше. Починається з незначних порушень пам'яті, послаблення уваги, мовленнєвих і комунікативних проблем. З посиленням симптомів людина починає відчувати труднощі виконання складних завдань чи забувати про важливі зустрічі.

Врешті-решт у хворих виникають труднощі і з виконанням простих завдань, вони забувають про події, більш віддалені в часі, у них часто стають дуже помітними зміни особистості. Наприклад, чоловік може стати незвичайно агресивним.

Люди з хворобою Альцгеймера можуть спочатку заперечувати, що вони відчувають якісь труднощі, але скоро стають тривожними і пригніченими у зв'язку зі своїм психічним станом. З розвитком деменції вони все менше усвідомлюють свої недоліки. На пізніх стадіях хвороби вони можуть відмовитись від спілкування з оточуючими, погано орієнтуватись у часі і просторі, часто безцільно блукати і втрачати розсудливість. Поступово хворі стають повністю залежними від оточуючих людей. Можуть втратити майже всі свої попередні знання і здатність впізнавати обличчя навіть близьких родичів. Все гірше сплять ночами і дрімають впродовж дня. Остання фаза розладу може тривати від двох до п'яти років, причому хворі потребують постійного догляду.

Жертви хвороби Альцгеймера звичайно залишаються у досить хорошому стані до пізніх стадій хвороби. Але з ослабленням їх психічних функцій вони стають менш активними і проводять більшу частину часу в сидячому положенні чи лежачи у ліжку. В результаті у них виникає схильність до різних захворювань, наприклад, до пневмонії, які можуть закінчитися смертю.

Більшість органічних розладів пам'яті зачіпають в основному декларативну пам'ять (пам'ять на імена, дати, якісь факти), ніж процедурну

(засвоєні прийоми, які людина виконує, не відчуваючи необхідності їх обдумувати: ходьба, різання ножицями чи письмо).

Розлади мислення

Б. В. Зейгарник поділяє усі порушення мислення на чотири групи.

1. *Порушення операційної сторони мислення*: це зниження рівня узагальнення та викривлення процесу узагальнення. Оперування загальними ознаками замінюється встановленням суто конкретних зв'язків між предметами, тобто втрачається здатність до абстрагування.

При викривленні процесу узагальнення відбувається відрив суджень людини від конкретних, одиничних зв'язків. Проявляється резонерством.

2. *Порушення особистішого компоненту мислення*:

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

3. *Порушення динаміки мислительної діяльності*:

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

4. *Порушення процесу саморегуляції пізнавальної діяльності* - виражається у неможливості цілеспрямованої організації мислительних дій.

Мислення може порушуватись по-різному. За В. М. Кузнєцовим та В. М. Чернявським, розлади мислення бувають формальними і продуктивними.

Формальні розлади мислення можна диференціювати за темпом, логічною стрункістю та цілеспрямованістю.

До розладів мислення за темпом відносять:

- *Прискорення мислення* - збільшення кількості асоціацій за одиницю часу. Люди з підвищеним темпом мислення і відповідно - мови в певній ситуації (наприклад, лектори) можуть його контролювати. А за психічних захворювань свідомо корекція прискореного мислення неможлива.
- *"Стрибки ідей"* - максимальне збільшення кількості асоціацій за одиницю часу.
- *Уповільнення темпу мислення* - зменшення кількості асоціацій за одиницю часу. Можна помітити, розмовляючи з хворим: він дає відповіді після довгих пауз зі зниженням гучності голосу до шепоту.

Можна відзначити також бідність асоціацій, загальну загальмованість, сповільнення рухів, пригнічення афективних реакцій.

- *Ментизм* - "наплив думок", "вихор ідей", збільшення кількості асоціацій за одиницю часу, що не супроводжується зміною мовлення хворого, виникає приступоподібно і мимовільно.

- *Шпреррунг* - "закупорка думок", "обрив думок", раптова зупинка, перерив асоціативного процесу.

До розладів мислення за будовою відносять:

- *Розірваність* - порушення логічного зв'язку в реченні при збереженні граматичного зв'язку; хворий проказує фразу граматично правильну, але змістовний зв'язок між окремими частинами фрази відсутній, наприклад, "машина поїхала, тому що кіно загорілося з труби".

- *Зісковзування* - втрата логічного ходу мислення, коли при розповіді про одні події хворий переключається на інші, не помічаючи, що першу думку він не довів до логічного кінця.

- *Безладність* - порушується логічний і граматичний зв'язок у реченнях; це проявляється невпорядкованим поєднанням окремих слів "земля... чоботи... пішов дощ... вперед"; безладність мислення частіше поєднується з розладами свідомості.

- *Інкогеренція* - порушується зв'язок між складами у словах.

- *Вербігерація* - стереотипне повторення окремих слів чи складів.

Порушення цілеспрямованості мислення:

- *Амбівалентність* - формування суджень, виходячи з різних принципів, співіснування думок і асоціацій, які взаємно виключаються.

- *Резонерство* - міркування заради міркування, безпредметність мислення, коли відсутні конкретність думок, їх пізнавальний зміст. Наприклад, на запитання про здоров'я хворий відповідає: "Залежно від того, що означає це слово. Якщо від слова "здорово", то я не вельми здоровий, маю лише 60 кг маси, але це залежить від ваги і того, де вони стоять: якщо в нашому парку, то там гравітація висока, багато людей і неможливо довго там перебувати."

- *Розважність мислення* - проявляється у викладенні хворим непотрібних деталей своєї сповіді, зайвих дрібниць, невмінні лаконічно висловити головну думку, яка часто губиться у великій

кількості деталей. Розважність мислення часто називають інертністю, вона спостерігається при епілепсії.

Розлади мислення за *продуктивністю*: характеризуються зміною мислення, виникненням у ньому тієї чи іншої "продукції".

Серед продуктивних розладів мислення виділяють невідчепні (нав'язливі) ідеї, надцінні ідеї та маячні ідеї.

- *Невідчепні (нав'язливі) ідеї* - думки, уявлення, спогади, що виникають попри волю людини і утримуються всупереч її бажанню. Хворий ставиться до них критично і бореться з ними. Найчастіше нав'язливі ідеї проявляються такими станами: невідчепне мудрування, невідчепне рахування, невідчепні спогади, невідчепний страх, невідчепні сумніви, невідчепні потяги та ін.

- *Надцінні ідеї* (домінуючі) - ідеї, що виникають у зв'язку з реальною ситуацією, але надалі стають домінуючим елементом у свідомості людини, супроводжуються значним емоційним напруженням і відсутністю критичного ставлення до них; це помилкові міркування, що виникають на реальній основі, але переоцінені щодо їх значущості. Вони посідають у свідомості і діяльності людини незаслужено велике місце

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

Маячення значення: хворі стверджують, що багато з того, що діється довкола, має для них особливий зміст і особливе значення. Наприклад, зустрічний чоловік зняв бриля і оглянув його верх, а хворий це сприймає як те, що його власний головний убір заражений радіоактивними речовинами. Або вранці повз вікна пройшла машина з написом "Хліб", а для хворого це означає, що в цьому році буде неврожай і голод.

Маячення відношення: хворий уявляє, що розмови пасажирів у транспорті мають відношення до нього, випадкові жести зустрічного міліціонера вказують напрямок, куди хворому треба тікати, та ін.

Маячення переслідування: хворі стверджують, що їх переслідують з наміром покарати, вбити, що вони є об'єктом спостереження органів міліції, рекетирів тощо.

Маячення фізичного впливу: найчастіше стверджують, що існує група осіб, які діють секретними і часто магічними способами. Хворий впевнений, що перебуває під впливом апаратів, гіпнозу, космічних променів, радіаційно-променевих приладів. Ці прилади нібито вмонтовані в стіни, стелю, телевизор, радіоприймач або у внутрішні органи хворого, в зуби тощо.

Маячення гіпнотичного впливу: хворі впевнені, що на них навіюють гіпноз, який керує їхніми діями, думками, викликає різні почуття, бажання, потяги.

Маячні ідеї самозвинувачення: хворі звинувачують себе в нездійснених правопорушеннях, зараженні інших людей невиліковними хворобами, створенні страшних соціальних і природних катаклізмів. Принижують свої фізичні, моральні, інтелектуальні та інші якості.

Іпохондричне маячення: стосується стану внутрішніх органів хворого - хвороби внутрішніх органів, ідеї неповноцінності всього органу чи окремих його частин, смерті організму чи органів. Хворі стверджують, що не мають шлунка, їжа кудись "провалюється", і тому в них немає випорожнень, їхні внутрішні органи давно згнили, немає дихання, пульсу, залишилась мертва шкіра; висловлюють ідеї ураження сифілісом, СНІДом та іншими тяжкими недугами, призначають дату своєї смерті.

Маячення ревнощів: головна тема - подружнтя невірність. Хворий переконаний у тому, що дружина зраджує його, він слідкує за нею, звинувачує в таємних зустрічах з коханцями, шукає доказів цього: сліди поцілунків, плями на білизні, записки, трамвайні квитки. Не маючи "доказів", такий хворий вимагає від дружини зізнання у зраді, жорстоко знущаючись над нею. Цей вид маячення є одним з найбільш суспільно небезпечних.

Маячення величі: найчастіше буває при органічних ураженнях головного мозку з порушенням пам'яті та інтелекту, через що маячні ідеї мають безглуздий характер. Є правило: що нижчий інтелект, то безглуздіше маячення. Один із хворих з прогресивним паралічем запевняв, що він флотоводець світу, командує усіма збройними

силами земної кулі, володар Всесвіту, піднімає сонце вранці й опускає його ввечері і може залишати людство без світла.

Маячення багатства: хворий вважає, що у нього зібране усе золото світу, він має тисячі вагонів коштовностей, дарує мільйони випадковим знайомим та ін.

Марення винахідництва і відкриття: хворі "винаходять" різні машини, апарати, прилади, роблять "відкриття" у науці, техніці, різні "проекти" надсилають у науково-дослідні інститути, в Академію наук. Маячення високого походження: хворі впевнені, що їх батьки - відомі в країні політичні діячі, вчені, актори, які приховують свої родинні зв'язки з хворим в ім'я якихось державних інтересів, військової таємниці.

За В. М. Кузнецовим та В. М. Чернявським, маячення має такі властивості:

- 1) воно завжди є ознакою хвороби;
- 2) не коригується, спроби коригувати тільки посилюють маячення;
- 3) у ньому присутня паралогічність - "крива логіка";
- 4) виникає при ясній свідомості;
- 5) маячні ідеї міцно пов'язані з особистістю;
- 6) виникають за достатнього інтелекту.

Порушення мовлення

Виділяють такі порушення мовлення.

1. Порушення розвитку мовлення:

- *затримка мовленнєвого розвитку (ЗМР)* - характеризується загальмуванням темпу формування в основному експресивного мовлення відносно етапів його розвитку; виникає при депривації;

- *загальний недорозвиток мовлення* - зумовлюється порушеннями дозрівання мозкових систем (гностичного і кінетичного аналізатора); має три рівні: 1 - зародки загальнозастосовуваного мовлення (слова односкладної структури, міміка, рухи); 2 - більше слів, з'являються речення з неправильною граматичною структурою і спотвореною вимовою деяких звуків; 3 - страждає лексиграматична структура мовлення;

- *алалія* - характеризується відсутністю і вродженою нерозвиненістю аспектів мовлення, в якому є локальне ураження мовленнєвих аналізаторів: 1 - алалія моторна - хворий розуміє мову, але не в змозі висловитись, недорозвиток мовленнєвого праксису (зона Брока); 2 - алалія сенсорна - не розуміє мовних сигналів і мовлення не розвивається (зона Верніке), 3 - сенсомоторна алалія - і те, і друге;

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

2. Розлад мовлення:

афазія - локальний розпад через ураження мовленнєвих та інших зон, причетних до формування та регуляції мовленнєвої функції. Характерна повна або часткова втрата мовлення. Залежно від місця локального ураження розрізняють:

моторна афазія - характерна неспроможність до висловлення, побудови слів і речень (виражена апраксія), труднощі у відтворенні рухової програми мовлення;

акустико-гностична афазія - порушення розуміння мови, її фонетики, предметності слова, "Мовленнєва окрошка" - хворий шукає слова для висловлення думки;

акустико-мнестична афазія - порушення розуміння мови, дисоціація між відносно збереженою здатністю повторення окремих слів і порушення можливості повторення 3-4 слів - втрачається можливість сприйняття складних фраз; порушення експресивного мовлення, підбору речень, порушення читання і письма;

семантична афазія - виникають специфічні мнестичні розлади - не може підібрати необхідне слово; важко скласти складні за змістом та граматичною побудовою речення, паралельно - порушення операцій лічби.

3. Порушення вимовної функції мовлення:

- *дизартрія* - це порушення вимовної сторони мовлення (звуковідтворюючої та просодичної) через порушення артикуляційного праксису внаслідок органічного ураження центральної та периферійної інервації органів мовлення (губ, піднебіння, язика, голосових зв'язок тощо) - судинного, травматичного, інфекційного, вродженого характеру;

- *дислалія* - порушення звуковимови, при цьому слух нормальний, збережена інервація мовленнєвого апарату.

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

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

Порушення уяви

1. Ілюзії - викривлене сприймання реального об'єкта; це відхилення сприймання конкретного об'єкта за формою, кольором, величиною, консистенцією, віддаленістю від сприйнятого.

Зорові ілюзії проявляються у вигляді викривлення зорового образу (сприймання пальто, що висить у шафі, за реальну людину на основі схожості контурів).

Слухові ілюзії характеризуються порушенням сприймання реальних шумів, звуків, які можуть сприйматись як мовлення чи інші звуки (крик на вулиці може сприйматись як оклик на ім'я; Смакові ілюзії проявляються видозміною звичного для об'єкта смаку (поява "присмаку"), нюхові ілюзії - запаху. Появі ілюзій сприяють якісь фізіологічні або психологічні (афективні) особливості.

2. Галюцинації - сприймання, що виникає без наявності реального об'єкта і супроводжується переконаністю в тому, що даний об'єкт і в даному місці дійсно існує; Галюцинації виникають без залежності від існування об'єкта і в переважній більшості випадків супроводжуються переконаністю хворого в реальності галюцинаторних образів.

За реальністю проєкції галюцинаторного образу галюцинації бувають:
- істинні - людина вказує місце розташування образу, як правило, ззовні і на реальній для сприймання відстані

3. Ейдетизм - слід збудження, яке тільки що закінчилось, у якомусь аналізаторі у вигляді яскравого і чіткого образу.

4. Сенестопатії - різноманітні неприємні відчуття в різних частинах тіла, які важко піддаються опису хворим, і які сприймаються як мігруючі образи.

5. Агнозії - розлади впізнавання. Це невпізнання знайомих образів (слухових, зорових, просторових), є результатом відносно локальних органічних уражень тім'яно-потиличних зон: правої півкулі - розлади впізнавання зорових образів (невпізнання людей), лівої півкулі - розлади впізнавання знайомих слухових образів, мовлення, музики при збереженні впізнання слів

6. Соматоагнозія - розлад впізнавання частин власного тіла.

7. Дерезалізаційні розлади - особливий вид розладів сприймання (психосенсорних розладів), при яких істотно змінюється сприймання об'єктів.

Серед них:

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

8. Дезперсоналізація - викривлене сприймання власної особистості в цілому, окремих якостей, а також частин тіла.

її різновид - синдром Аліси в країні чудес - характеризується поєднанням дезперсоналізаційних розладів з явищами дерезалізації у вигляді викривлення уявлень про простір і час, зоровими ілюзіями, почуттями роздвоєння особистості. Можливе виникнення порушень сприймання (при цьому синдромі) у вигляді видовження, скорочення, відриву кінцівок.

9. Прушення сприймання часу:

- "зупинка часу" - відчуття того, що час ніби "зупинився", кольори у сприйманні хворого стають тьмяними, об'ємні предмети - плоскими; людина відчуває ніби втратила зв'язки із зовнішнім світом, оточуючими людьми;
- "розтягування часу" - у відчуттях людини час переживається як більш довгий, ніж вона звикла; плоске здається тривимірним, живим, рухливим, а чорно-біле - кольоровим; людина стає розслабленою чи ейфоричною;
- "втрата відчуття часу" - людина говорить: "часу ніби немає", "звільнився від тягара часу". Це завжди супроводжується зміненням сприймання світу. Предмети і люди здаються більш контрастними і більш приємними;
- "сповільнення часу" - рухи людей сприймаються уповільненими, а їх обличчя похмурими;
- "прискорення часу" - людині час здається швидкоплинним, зміненням видається весь оточуючий світ і власне "Я". Люди здаються метушливими. Гірше, ніж зазвичай, відчувають своє тіло. З помилками визначають час доби і тривалість подій;
- "зворотне протікання часу" - говорять: "час тече вниз", "час іде у зворотному напрямі", "я іду назад у часі". Груба помилковість відтворення давності уже

пережитих подій (події, що відбулися хвилину-секунду тому, сприймаються як такі, що були давним-давно).

Порушення емоційної сфери

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

- 1) ейфорія - підвищений настрій з відтінком благодушності, задоволення, радощів, що не відповідає ситуації і обставинам особистого життя хворого;
- 2) дисфорія - стан похмурого, тужливо-злостивого настрою з відтінком невдоволення, роздратованості, що виникає часто несподівано, без зовнішньої причини і продовжується від декількох хвилин до багатьох днів;
- 3) депресія - пригнічений, тужливий настрій, що може спостерігатись багато днів і місяців;
- 4) емоційна лабільність - коливання настрою, легкі переходи від благодушності до гнівливого чи пригніченого стану;

- афект - інтенсивний, короткочасний емоційний стан. Для нього характерні швидкий, бурхливий початок, виразні вегетативні симптоми; супроводжуються істотними змінами в поведінці; може призводити до дезорганізації поведінки і немотивованих вчинків. Афекти властиві усім людям. За певних умов (сумна звістка, нещастя, радісна подія) вважаються нормальними емоційними реакціями. До розладів афектів відносять:

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

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

Для оцінювання міри патологічності страхів використовують параметри:

- адекватності;
- інтенсивності;

- тривалості;
- міри контрольованості людиною почуття страху.

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

- агарофобія - страх відкритих просторів (наприклад, страх переходу вулиць, якими рухається потік машин чи натовп людей; людину лякає не сам відкритий простір, а те, що вона може втратити свідомість, знепритомніти і бути затоптаною людьми чи збитою машиною у несвідомому стані);
- клаустрофобія - страх закритих приміщень (що перебування, наприклад, у ліфті стане перешкодою для надання людині допомоги у випадку, скажімо, непритомності);
- соціофобії - страхи, у яких людина побоюється засудження з боку оточуючих за якісь дії: почервоніти при людях, не втримати газу, розсміятись у незручний для цього час і т.д.;

- контрастні нав'язливості - поєднання емоційних переживань і порушення мотивації, тобто страх з приводу можливих дій людини, які вона може, але не хоче здійснити (страх врізатись на повному ходу в натовп людей, які чекають автобуса, при явному усвідомленні згубності такої дії і небажанні її здійснювати).

3. Тривогу - стан невмотивованого неспокою, хоча хворі намагаються пояснити свій стан і поведінку різними психологічно зрозумілими причинами.

- слабодухість - підвищена виснажливність емоцій, їх нетримання. Досить якого-небудь незначного подразника, щоб з'явилося почуття розчарування зі слізьми. Часто це трапляється в транспорті, театрі, на вулиці. Розуміння недоречності такої поведінки не стримує хворих від надмірної слізливості;

- неадекватність емоцій - парадоксальність емоційних реакцій: при сумних подіях спостерігається радісний настрій, а при радісних - тужливий. Такі розлади бувають у хворих на шизофренію. Ще називають паратимією - неадекватний афект, що кількісно і якісно не відповідає причині, яка його спричинила;

- апатія - хвороблива байдужість, відсутність емоцій. При цьому емоційні реакції або не виникають, або слабко виражені. Поєднується із звичайною втратою активності, ініціативи, повною бездіяльністю;

- туга - почуття напруження, що межує з біллю, яке хворі локалізують у ділянці серця (рухова загальмованість).

- відчуття втрати почуттів - переживання незворотної втрати можливості почувати;

- амбівалентність - одночасне співіснування протилежних почуттів;

- алекситимія - утруднення чи нездатність точно описати власні емоційні переживання (людина намагається пояснити свій стан на прикладах, порівняннях, але адекватно їх сформулювати не може);

- ангедонія - втрата людиною почуття радості, задоволення.

Синдроми розладу емоцій, афективні синдроми:

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

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

Розрізняють два види недорозвитку емоцій:

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

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

Порушення волі

Розлади волі проявляються у вигляді:

незрілості і недорозвитку волі - некерованість вольовою поведінкою (синдром дефіциту уваги, гіперкінетична поведінка, олігофренія);

- *надмірної активності*. Хворобливе посилення вольової активності буває у наркоманів при пошуках наркотиків, у маніакальних хворих, психопатичних осіб і має назву гі-пербулія. Ця активність має однобічний характер, її продукція є хворобливою, супроводжується підвищеною балакучістю;

- *послаблення активності* - гіпобулія - спостерігається при депресивних станах та інших формах пригнічення психічної діяльності. При депресії хворі з великим зусиллям рухаються, довго добирають і насилу вимовляють слова, віддають перевагу перебуванню в ліжку. Відсутність вольової активності - абулія часто поєднується з моторною загальмованістю (ступором) або аутизмом (повною німотою);

перекручення вольової активності - парабулія - трапляється при шизофренії та деяких хворобах, що супроводжуються зниженням інтелекту. Проявляється негативізмом - безпідставною впертістю, невиконанням діяльності; *амбітендентністю* - одночасно наявні активні дії та відмова від них; *імпульсивністю* - безмотивність дій і вольова некерованість; *-розладів потягу*. Потяг визначається потребами, це складне явище, воно формується на основі безумовних рефлексів - інстинктів, які опосередковуються корою півкуль великого мозку і відбиваються у вольовій діяльності. Крім інстинктивних потреб, потяг включає в себе потреби вищого рівня. Розлади потягу:

1. *Послаблення і посилення харчового потягу*. Зниження чи відсутність апетиту - анорексія (втрата бажання споживати їжу), відмова від їжі. Відмова від їжі у хворого може бути пов'язана з наявністю у нього маячних ідей отруєння, самозвинувачення, нюхових чи смакових галюцинацій, ступору, тяжкої депресії, істеричного неврозу. Постійна відмова від їжі може призвести до виснаження хворого. Підвищення (посилення) харчового потягу проявляється підвищеним апетитом і почуттям голоду (*булімія*), а також багатоядністю (*поліфагія*).

2. *Послаблення і посилення статевого потягу*. Посилення статевого потягу (*гіперсексуальність*) часто трапляється при маніакальних станах, при органічних захворюваннях головного мозку. Зниження статевого потягу (*гіпосексуальність*) буває при депресії, шизофренії, астеничних станах, неврозах.

3. *Перекручення потягу* - торкається різних інстинктів.

- *Розлад інстинкту самозбереження* - проявляється прагненням нанести собі шкоду гострими предметами, проковтнути неїстівні речі (цвяхи, голки, ложки, ножиці). Інколи це робиться через хворобливе прагнення стати об'єктом хірургічної операції для видалення проковтнутих предметів. Трапляється потяг до самогубства (*суїцидоманія*), до поїдання власних екскрементів (*ко-профагія*).

- *Перекручення статевого потягу (перверзії)* - торкаються різних форм статевого життя. Найчастіше трапляються:

гомосексуалізм - потяг до особи однойменної статі;

трансвестизм - хворобливий потяг до переодягання в одяг протилежної статі;

ексгібіціонізм - хворобливий потяг до оголення статевих органів у присутності жінок;

садизм - потяг завдавати статевого партнера больових відчуттів, щоб досягти статевого задоволення;

мазохізм - бажання зазнати від статевого партнера больових відчуттів;

рідше трапляються:

педофілія - статевий потяг до дітей;

некрофілія - статевий потяг до трупів;

зоофілія (скотолозтво) - статевий потяг до тварин;

фетишизм - статевий потяг до жіночого туалету.

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

- *піроманія* - потяг до підпалів;

- *клетоманія* - потяг до крадіжок без корисливої мети;

- *дромоманія* - потяг до бродяжництва.

Розлади психомоторики:

недорозвиток психомоторики;

гіпокінезії - зменшення дій та довільних рухів;

гіперкінезії - рухове збудження; ехопраксії - повторення рухів співрозмовника; ехолалії - повторення слів; ехомімії - копіювання міміки;

паракінезії - спотворення рухів;

гіперкінези - мимовільні рухи окремих м'язів або групи м'язів.

Розлад цілеспрямованості дій - диспраксія - спостерігається головним чином при органічних неврологічних захворюваннях, рідше - за деяких психічних розладів, в основному таких, які пов'язані з органічними ураженнями нервової системи. Більш легкий ступінь диспраксії - апраксія - втрата здатності здійснювати цілеспрямовані дії за збереження рухової і координаційної здатності. Трапляється за вогнищ уражень кори великих півкуль головного мозку і провідних шляхів мозолистого тіла.

Порушення інтелекту

Недорозвиток інтелекту (загальний) - порушується розвиток усіх ланок структури інтелекту, і насамперед, інтелекту та його передумов, від чого інвентар інтелекту не може бути достатньо повноцінним і не може бути використаним.

Приклад - олігофренія.

Олігофренія в перекладі з грецького (о%о - мало; рктеп - розум) означає недоумкуватість - стан психічного недорозвинення. Причиною олігофренії можуть бути несприятлива спадковість чи пренатальні ураження плода внаслідок гострих і хронічних інфекцій, інтоксикацій, травм материнського організму. Мозок плода уражується при краснусі вагітних, при наявності у плода і відсутності у матері резус-фактора.

Для олігофренії характерні низький інтелект, погана пам'ять, порушення уваги, емоційні і вольові порушення. Інколи на фоні загального психічного недорозвинення особи, яка страждає на олігофренію, виявляють окремі гарні здібності, наприклад, робить складні арифметичні обчислення, запам'ятовує довгі вірші тощо.

За ступенем психічного недорозвинення виділяють три клінічні варіанти олігофренії:

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

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

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

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

- *імбецильність* - середній ступінь психічного недорозвитку. При імбецильності хворі володіють невеликим запасом слів, їх мова хоч і дуже бідна, але послідовна. Їх вдається навчити читанню, письму, елементарній лічбі, прищепити трудові навички (мести підлогу, приготувати собі просту їжу, погодувати домашніх тварин). Такі люди не здатні працювати самотійно, але під наглядом і контролем інших вони можуть виконувати нескладну роботу.

Емоції при імбецильності одноманітні, часто примітивні - неадекватні;

- *дебільність* - це легкий ступінь олігофренії. Основа дебільності - нездатність до понятійного мислення, переважання конкретно-образного

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

Психічне недорозвинення при дебільності може мати різні ступені вираженості.

Виражена дебільність - навчання грамоти дається з великими труднощами навіть у допоміжній школі. Трудові навички засвоюються краще. Навчені певного ремесла, хворі можуть бути працевлаштованими і забезпечені певним життєвим мінімумом. Вони легко піддаються чужим впливам, тому часто стають співучасниками кримінальних злочинів. В осіб з вираженим ступенем досить добра механічна пам'ять, але більш ретельне дослідження дозволяє виявити цілковиту нездатність до абстрактного мислення, переважання конкретних асоціацій. Перехід від простих, конкретних понять до складніших, абстрактних узагальнень у них неможливий. У процесі навчання виявляється відсутність ініціативи, самостійності, уповільненість, інертність.

Помірно виражена дебільність - якщо хворі мають добру механічну пам'ять, вони інколи закінчують 7-8 класів, навчаються у професійно-технічних училищах, засвоюють яку-небудь професію, мають сім'ї, досить добре пристосовуються до колективу. У той самий час вони мають невеликий об'єм знань, нездатні користуватися складними поняттями, зрозуміти складне запитання. Вони мислять схемами-шаблонами, які засвоїли або в школі, або в процесі життя. Зміна звичного способу мислення для них неможлива. Переважає конкретний тип мислення, хоча дещо і менше, ніж при вираженій дебільності. Емоційно-вольова сфера при цьому розвинута більше, а характерологічні особливості значно різноманітніші. Проте для них характерна слабкість самовладання і нездатність подолати свої потяги, недостатність обдумування своїх дій, деяка імпульсивність поведінки, піддатливість сторонньому впливові.

Легка дебільність - виявляється спеціальними психологічними дослідженнями, ґрунтується на оцінці дій хворих у ситуаціях, які вимагають застосування прогностичних функцій інтелекту, високого ступеня абстрагування. Такі люди можуть мати середню освіту, кваліфіковану

професію, але в них переважає конкретний тип мислення, його шаблонність, трафаретність, відсутність оригінальності в оцінках зовнішніх подій, несамостійність.

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

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

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

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

6. *Функціонально-динамічне страждання інтелекту* - наявні усі структурні компоненти інтелекту, але вони не працюють.

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

1.4. РОЗЛАДИ СВІДОМОСТІ. РОЗЛАДИ САМОСВІДОМОСТІ

Загальна характеристика свідомості, ознаки розладів свідомості та самосвідомості. Розлади свідомості

Свідомість - інтегрована сфера психічної діяльності; є вищою формою відображення дійсності, способом ставлення до об'єктивних закономірностей.

Вважають, що свідомість володіє такими характеристиками: уява і рефлексія.

Свідомість людини оцінюється на основі: - усвідомлення нею себе (власної особистості) - ідентифікації;

- усвідомлення простору і часу, у якому в даний момент вона існує (характеристика патології свідомості виходить саме з даної ознаки).

Усвідомлення людиною власної особистості (самосвідомість) є істотною ознакою психічної норми. Багато психічних захворювань можуть порушувати процес самоусвідомлення і приводити до того, що людина усвідомлює себе множинною.

К. Ясперс (німецький психіатр) протиставляв усвідомлення власного "Я" предметній свідомості і виділив чотири формальних ознаки самосвідомості, порушення яких веде до психічної патології:

- 1) почуття діяльності - усвідомлення себе в якості активної істоти;
- 2) усвідомлення власної єдності у кожен момент часу;
- 3) усвідомлення власної ідентичності;
- 4) усвідомлення того, що "Я" відрізняється від решти світу, від усього, що не є "Я".

Вслід за К. Ясперсом за критерії затьмареної свідомості беруть:

- 1) дезорієнтацію в часі, місці, ситуації;
- 2) відсутність чіткого сприймання оточуючого;
- 3) різні міри незв'язності мислення;
- 4) труднощі в спогадах (відтворенні) подій, що відбуваються, і суб'єктивні хворобливі явища.

Для визначення стану затьмареної свідомості вирішальне значення має встановлення сукупності усіх вказаних ознак.

Характеристика основних станів порушеної свідомості

Розлади свідомості:

а) *приглушений стан свідомості.*

Трапляється при гострих порушеннях ЦНС, інфекційних захворюваннях, отруєннях, черепно-мозкових травмах. Характеризується різким підвищенням порогу для всіх зовнішніх подразників, утрудненням утворення асоціацій. Хворі відповідають на запитання ніби "спросоння",

складний зміст запитання не осмислюється. Відзначається сповільненість у рухах, мовчазність, байдужість до оточуючого. Вираз обличчя у хворих байдужий. Дуже легко настає дрімота. Орієнтування в оточуючому неповне чи відсутнє. Триває від кількох хвилин до кількох днів (при травмах, інфекціях, отруєннях); при пухлинах мозку може тривати значно довше.

Легкий ступінь оглушення має назву обнубіляції свідомості; стан, при якому можливі лише відповіді тільки на сильні больові, звукові, світлові подразники у вигляді малодиференційованих реакцій - повертання голови, рухи кінцівок - сопор; стан, при якому втрачаються функції усіх аналізаторів і відсутні будь-які реакції на зовнішні подразники, не викликаються неврологічні рефлекси, - *кома*.

б) деліріозне затьмарення свідомості.

Різко відрізняється від приглушеного стану свідомості. Орієнтування в оточуючому теж порушене, однак воно полягає не в послабленні, а в напливах яскравих уявлень, уривків спогадів, що безперервно виникають. Виникає не просто дезорієнтація, а хибна орієнтація в часі і просторі.

На фоні деліріозного стану свідомості виникають деколи перехідні, деколи більш стійкі ілюзії і галюцинації, ідеї маячення. На відміну від хворих, які перебувають у приглушеному стані свідомості, хворі у делірії говоріть.

в) онейроїдний (сновидний) стан свідомості.

Характеризується дивовижною сумішшю відображення реального світу і фантастичних яскравих уявлень, які рясно виринають у свідомості. Хворі здійснюють міжпланетні подорожі, "виявляються серед жителів Марсу"; часто трапляється фантастика з характером величезності: хворі присутні "при загибелі міста", бачать, "як руйнуються будівлі", "провалюється метро", "розколюється земна куля, розпадається і носить кусками в космічному просторі".

Іноді хворий може зупинити фантазування, але непомітно для нього у свідомості знову починають виникати такого роду фантазії, у яких спливає, по-новому формуючись, весь попередній досвід, усе, що він бачив, чув, читав.

Одночасно хворий може стверджувати, що він перебуває у психіатричній лікарні, що з ним розмовляє лікар. Виявляється співіснування реального і фантастичного.

Буває при інфекційних захворюваннях, травмах голови, напа-доподібній шизофренії.

г) сутінковий стан свідомості.

Суть проявляється в образному порівнянні із сутінками, коли коло об'єктів сприйняття обмежене, саме сприйняття нечітке, викривлене,

уривчасте. Внаслідок цього виникає обмеженість та неповнота інформації, що надходить до мозку, зниження об'єму асоціацій, їх викривлення. Порушується властиве нормальному мисленню опосередковування ситуації, блокується співвідносність теперішнього з минулим досвідом: усе знайоме сприймається як уперше, побачене уявляється незнайомим. Поведінка втрачає цілеспрямованість.

Під час сутінкового стану свідомості хворі зберігають можливість виконання автоматичних звичних дій (наприклад, якщо в поле зору такого хворого потрапляє ніж, то хворий починає здійснювати звичну з ним дію - різати, незалежно від того, перед ним хліб, папір чи людська рука).

Часто сутінковий стан свідомості супроводжується галюцинаціями, ідеями маячення. Під впливом маячення і напруженого афекту хворі можуть здійснювати небезпечні вчинки.

Розлади самосвідомості:

а) *псевдодеменція*.

Може виникнути за тяжких деструктивних змін у центральній нервовій системі і за реактивних станів, характеризується розладами судження, які гостро настають, а також інтелектуально-мнестичними розладами. Хворі забувають назви предметів, дезорієнтовані, важко сприймають зовнішні подразники. Утворення нових зв'язків утруднене, часом можна помітити ілюзорні обмани сприймання, нестійкі галюцинації з руховим неспокоєм.

б) *деперсоналізація*.

Своєрідна форма порушення самопізнання. Характеризується відчуттям відчуження власних думок, афектів, дій, свого "Я", які сприймаються ніби зі сторони. Частим проявом деперсоналізації є порушення "схеми тіла" - порушення відображення в нашій свідомості основних якостей і способів функціонування власного тіла, його окремих частин і органів. Такі порушення можуть виникнути за різних захворювань - епілепсії, шизофренії, після черепно-мозкових травм.

Порушення смислоутворення

Поєднання обох функцій мотиву (спонукаючого та змістоутворюючого) дає діяльності людини характеру свідомої діяльності, яка регулюється людиною. Послаблення або спотворення цих функцій призводить до порушень діяльності.

В одних випадках – це виявляється у тому, що змістоутворююча функція мотиву послаблюється, мотив перетворюється лише у відомий, тобто хворому відомо, що треба любити своїх рідних, але б'є свою матір;

У інших випадках – коло змістовних утворень звужується. У результаті те, що раніше мало особистісний зміст, поступово його втрачає. У результатів втрачається спонукаюча сила мотиву.

Прикладом того, як формуються патологічні зміни особистості, може стати особистість хворого на епілепсію. Стало традиційним давати характеристику особистості епілептика за Крепеліним: «С бубликом в руках и камнем за пазухой». Ці особливості зазвичай пов'язують з умовами формування самої хвороби, з випадками, а насправді – це питання безпосередньо пов'язане з умовами формування такої особистісної особливості.

Дитина, яка має органічні враження, просліджує реакції інших людей на свою хворобу і намагається скомпенсувати власну неповноцінність: угідливість, пристосування до інших людей. Через інертність ці способи фіксуються і стають методом поведінки у подальшому житті. У цьому зв'язку також просліджується становлення ще однієї риси епілептика – його педантичність і акуратність. На початкових стадіях хвороби ці якості з'являються як спосіб компенсації первинних дефектів. Експериментально було доведено, що лише при допомозі ретельного послідовного виконання усіх елементів хворий може рівно виконати завдання (Зейгарник, С.В.Логвинова, Біренбаум та ін.). На протязі хвороби виконання вимагає від хворого все більшої уваги, поки не стає головним у роботі. Відбувається перенесення мотиву на виконання окремих дій. Разом із перенесенням мотиву зміщується і зміст діяльності. Складна опосередкована діяльність втрачає зміст для хворого, головним стає виконання окремих операцій, які у нормі виконують роль технічних засобів. Первинно притаманна епілептику афективність насичує цей зміст, робить його не просто відношенням, а відношенням активним. Хворі не терплять навіть незначного порушення порядку. Таким чином, в основі формування патологічних рис епілептика лежать компенсації, перехід від широкої до вузької діяльності, скорочення змістовних одиниць діяльності.

Порушення підконтрольності поведінки

Одним з найяскравіших проявів порушень особистості являється порушення підконтрольності, критичності поведінки. Порушення критичності може набувати різні форми і виступати в структурі різних процесів: мислення, сприйняття. Воно може виразитися в неправильній оцінці своєї особистості, власних дій, виявитися в некритичності до своїх психопатичних переживань. Критичність утворює «вершину особових якостей людини» (І. І. Кожуховська). Які б форми некритичності ні приймала, вона означає

порушення діяльності в цілому. З. Я. Рубінштейн відзначає, що у хворих з ураженням лобових долей мозку через відсутність стійкого відношення до продукту своєї діяльності не виникає критичного відношення до себе, відсутня корекція внутрішніх дій, не формуються професійні навички. Якщо у хворих дітей немає стійкої і усвідомленої мотивації, порушується цілеспрямованість їх дій і думок.

Порушення критичності може бути тісно пов'язано з порушенням регуляції діяльності. Наприклад, хворий здатний виконати експериментальне завдання, що вимагає від нього узагальнення (класифікацію на знайомому матеріалі він виконує), але навик виконання завдання залишається нестійким, легко порушується і замінюється актуалізацією випадкових асоціацій. Порушення довільності, неможливість управління своїми діями виявляються у хворих при будь-якому обстеженні. Бездумна поведінка хворих при проведенні експерименту або в трудовій ситуації, відсутність відношення до своєї роботи вказують на те, що дії випробовуваних не підлеглі особовій меті і не регулюються ними.

Нерідко порушення критичності поєднуються з тенденцією до персеверацій (мимовільні, дії або рухи, які настирливо повторюються). Виконавши який-небудь компонент складного руху, хворі не можуть перемкнутися на інший компонент. А. Р. Лурія вважав, що «вплив інертних дій, викликаних попередньою інструкцією, являється настільки сильним, що правильне виконання завдання замінюється фрагментами колишніх дій». Наприклад, хворий, проводячи пальцем по ходу річки на географічній карті, продовжував це робити до тих пір, поки на карті не утворювалася дірка; почавши креслити круг, він здійснював кругові рухи, поки його не зупиняли, і т.д. Персеверації можуть виявлятися і на мовному, і на інтелектуальному рівні, наприклад у вигляді повторів складів. Хворому пропонується написати: «Сьогодні гарна погода». Натомість він пише: «Сегого гохоророшая я погодада». Персеверації також виявляються в повторах одних і тих же питань або невеликих фраз. Наприклад, дівчинка-підліток, страждаюча епілепсією, при знайомстві завжди повторювала одне і те ж питання: «Якого кольору будинок, в якому ви живете?»

У хворих з ураженням лобних долей часто зустрічається ситуаційна поведінка. Як ознаки такої поведінки виступають навіюваність і підкоряємість. В деяких випадках ці характеристики можуть приймати гротесковий характер.

Ситуаційна поведінка і персеверативна тенденція являються феноменами, що суперечать один одному, оскільки в основі персеверації

лежить механізм інертності, а ситуаційна поведінка містить в собі тенденцію до надмірно швидкої зміни реакцій. Проте це протиріччя являється чисто зовнішнім. Обидва ці явища являються індикаторами того, що діяльність хворого позбавлена смислової характеристики і заміщається діями, за якими не стоїть змістоутворюючий мотив.

Втрата можливості оцінювати себе і інших руйнує самим гротесковим чином діяльність хворих. Вона являється індикатором їх глибокого особового порушення.

Патопсихологічний розвиток як фактор девіантної поведінки

Девіантна поведінка - система вчинків чи окремі вчинки, які суперечать прийнятим у суспільстві нормативам і проявляються у вигляді:

- незбалансованості психічних процесів;
- не адаптивності;
- порушенні процесу само актуалізації;
- у вигляді ухиляння від морального та естетичного контролю за власною поведінкою.

Для того щоб оцінити девіантну поведінку людини, необхідно проаналізувати її взаємодію з реальністю, оскільки головний принцип (адаптивність) виходить з пристосування до чогось чи когось, тобто реального оточення.

Способи взаємодії індивіда з реальністю

1. *Пристосування* - обирає гармонійна людина (гармонійна людина може обирати і спосіб втечі від реальності, коли реальність може бути негармонійною, наприклад: добровільне пристосування до умов авторитарного режиму, поділ його цінностей і вибір відповідної поведінки не можуть розглядатись як гармонійні).

2. *Боротьба (протидія)* - індивід активно намагається руйнувати ненависну йому дійсність, змінювати її відповідно до власних установок і цінностей. Людина переконана, що усі проблеми, з якими вона стикається, зумовлені факторами дійсності, і єдиним способом досягнення своїх цілей є боротьба з дійсністю, спроба переробити реальність під себе чи максимально витягти вигоду з поведінки, що порушує норми суспільства.

Тому відповідно зі сторони суспільства виникає також протидія, вигнання чи спроба змінити індивіда, підлаштувати його під вимоги реальності. Протидія реальності трапляється при кримінальній та делінквентній поведінці.

3. *Хворобливе протистояння* - зумовлене ознаками психічної патології і психопатологічними розладами (зокрема, невротичними), при яких навколишній світ сприймається ворожим у зв'язку із суб'єктивним викривленням його сприймання і розуміння. Симптоми психічного захворювання порушують можливість адекватно оцінювати мотиви вчинків оточуючих і внаслідок цього - ефективна взаємодія з оточенням стає ускладненою. Якщо при протистоянні реальності здорова людина усвідомлено обирає шлях боротьби з дійсністю, то при хворобливому протистоянні у психічно хворої людини такий спосіб є єдиним і вимушеним.

4. *Втеча від реальності* - її свідомо чи несвідомо обирають люди, які розцінюють реальність негативно і опозиційно, вважаючи себе нездатними адаптуватися до неї. Вони можуть також орієнтуватись на небажання пристосуватись до дійсності, "яка не заслуговує того, щоб до неї пристосовувались" через недосконалість, консерватизм, одноманітність, пригнічення екзистенційних цінностей чи відверто антигуманну діяльність.

5. *Ігнорування* - проявляється в автономізації життя і діяльності людини, коли вона не бере до уваги вимог і норм реальності, існуючи у власному вузькопрофесійному світі. При цьому не відбувається ні зіткнення, ні протидії, ні втечі від реальності. Кожен існує ніби сам по собі. Такий варіант взаємодії з реальності - рідкість, трапляється лише у невеликої кількості підвищено обдарованих, талановитих людей з гіперздібностями в якійсь одній сфері.

Щоб оцінити типи девіантної поведінки, треба знати, від яких саме норм суспільства вони можуть відхилятися.

Норми: правові, моральні, естетичні, норми сексуальної поведінки. Норма - це явище групової свідомості у вигляді уявлень, що поділяються групою, і найбільш частих суджень членів групи про вимоги до поведінки з врахуванням їх соціальних ролей, які створюють оптимальні умови буття, з якими ці норми взаємодіють і, відображаючи, формують його (К. К. Платонов).

Типи девіантної поведінки

Залежно від способів взаємодії з реальністю і порушення тих чи інших норм суспільства девіантна поведінка поділяється на п'ять типів:

1 - *делінквентна* - девіантна поведінка, яка у крайніх своїх проявах є діями, що тягнуть за собою кримінальне покарання.

Характерна для людей:

- з нестійким внутрішнім світом; людина здійснює злочин під впливом обставин, що склалися, чи оточуючих осіб;
- з високим рівнем правосвідомості, але пасивним ставленням до інших порушників правових норм;
- можуть лише випадково вчинити злочин.

Делінквентна поведінка може проявитися, зокрема, в бешкетництві і бажанні порозважатись (наприклад, підліток з цікавості і за компанію може кидати з балкону важкі предмети чи їжу в перехожих, отримуючи задоволення від точності попадання в "жертву"; людина може зателефонувати в диспетчерську аеропорту і попередити про нібито закладену в літаку бомбу; щоб привернути до себе увагу, молодий чоловік може спробувати залізти на телевізійну башту).

2 - *адиктивна поведінка* - одна з форм девіантної поведінки з формуванням прагнення до втечі від реальності шляхом штучної зміни свого психічного стану через вживання деяких речовин чи постійну фіксацію уваги на певних видах діяльності, що спрямоване на розвиток і підтримання інтенсивних емоцій.

Основний мотив особистостей, схильних до адиктивних форм поведінки, - активна зміна психічного стану, що не задовольняє їх і розглядається ними як "сірий", "нудний", "монотонний", "апатичний". Такій людині не вдається виявити в реальній дійсності якісь сфери діяльності, здатні привабити надовго її увагу, захопити, викликати якусь істотну і виражену емоційну реакцію. Життя їй бачиться нецікавим через його буденність і одноманітність. Людина не сприймає того, що вважається в суспільстві нормальним: необхідності щось робити, чимось займатись, дотримуватися прийнятих у сім'ї чи суспільстві традицій і норм.

Особливості людей з адиктивними формами поведінки:

- знижена витривалість до труднощів повсякденного життя поряд з хорошою витривалістю у кризових ситуаціях;
- прихований комплекс неповноцінності, який поєднується із перевагою, яка зовнішньо виявляється;
- зовнішня соціабельність, яка поєднується зі страхом перед стійкими емоційними контактами;
- прагнення говорити неправду;
- прагнення звинувачувати інших, знаючи, що вони невинні;
- прагнення до втечі від відповідальності у прийнятті рішень;
- стереотипність, повторюваність поведінки;
- залежність;

- тривожність.

На адиктивну людину діє великий вплив соціуму, їй доводиться підлаштовуватись під норми суспільства, вона навчається формально виконувати ті соціальні ролі, які їй нав'язуються суспільством (зразкового сина, уважного співрозмовника, порядного колеги). Зовнішня соціабельність, легкість налагодження емоційних контактів супроводжується маніпулятивною поведінкою і поверхневістю емоційних зв'язків. Така людина боїться стійких і тривалих емоційних контактів через швидку втрату інтересу до однієї й тієї самої людини чи виду діяльності, через страх відповідальності за якусь справу (наприклад, мотивом поведінки "закоренілого холостяка", коли переважають адиктивні форми поведінки, може бути страх відповідальності за можливу дружину і дітей та залежності від них).

3. *Патохарактерологічний тип девіантної поведінки* - поведінка, зумовлена патологічними змінами характеру, які сформувались у процесі виховання: розладами особистості (психопатії), явно вираженими акцентуаціями характеру, невротичним розвитком особистості.

Найбільш характерні мотиви:

- прагнення до реалізації неадекватно завищеного рівня домагань;
- тенденція до домінування і володарювання;
- впертість;
- образливість;
- нетерплячість до протидії;
- схильність до самозвинувачення і пошуків приводів для розрядки афективного напруження;
- егоцентризм;
- жага визнання;
- завищена самооцінка;
- прагнення маніпулювати оточуючими і контролювати їх (оточення розглядається лише як засіб, що повинен служити задоволенню потреб даної людини).

За невротичного розвитку особистості девіації проявляються у вигляді невротичних нав'язливостей та ритуалів, які пронизують усю життєдіяльність людини та мають за мету зняти стан емоційного напруження і тривоги (наприклад, людина з нав'язливими ритуалами може довго і на збитки своїм планам здійснювати стереотипні дії: відкривати і закривати двері, певну кількість разів пропускати тролейбус, що підходить до зупинки).

4. *Психопатологічний тип девіантної поведінки* - ґрунтується на психопатологічних симптомах чи синдромах, що є проявами тих чи інших

психічних захворювань. Як правило, мотиви поведінки психічно хворого залишаються незрозумілими до тих пір, поки не будуть виявлені основні ознаки психічних розладів.

Людина може проявляти девіантну поведінку через:

- порушення сприймання - галюцинації чи ілюзії (наприклад, закривати чимось вуха, до чогось прислухатись, шукати неіснуючий об'єкт, розмовляти із собою),
- порушення мислення (наприклад, висловлює, відстоює і намагається досягти поставленої мети на основі неадекватного тлумачення дійсності, активно обмежувати сфери свого спілкування з оточуючим світом через нав'язливі ідеї і страхи),
- порушення вольової активності (здійснює нерозумні і незрозумілі вчинки чи місяцями бездіє, здійснює стереотипні рухи чи надовго застигає в одноманітній позі).

5. *Девіації, зумовлені гіперздібностями людини* - людина, здібності якої значно перевищують середньостатистичні, розглядається як така, що виходить за рамки нормальної (це прояв обдарованості, таланту, геніальності у якійсь одній з діяльностей людини). Відхилення в бік обдарованості в одній сфері часто супроводжується девіаціями у повсякденному житті. Така людина часто виявляється непридатною до "побутового, приземленого" життя. Вона нездатна правильно розуміти і оцінювати вчинки та поведінку інших людей, виявляється наївною, залежною і неготовою до труднощів повсякденного життя.

Причини формування девіантної поведінки

За С. М. Зінченко, в основі формування девіантної поведінки лежить взаємодія біологічних чинників та факторів навколишнього середовища.

Біологічні фактори ризику: генетичний ризик (при цьому не доведено, що існує пряма залежність передачі девіантної поведінки через ген, мається на увазі передача конституційно-типологічних рис), гормональні фактори (наприклад, андрогени статевих залоз хлопчиків-підлітків пов'язані з агресивною поведінкою), нейрохімічні чинники, нейрофізіологічна реактивність.

Соціальні стресові фактори: сімейні фактори (психічні захворювання батьків, алкоголізм, наркоманії; стійкі та тяжкі проблеми у стосунках між батьками, а також жорстокість та занедбаність; імпульсивно-агресивний стиль поведінки в родині), вплив малої референтної групи, особливо з асоціальними формами поведінки, економічні негаразди, проблема зайнятості тощо.

При цьому наявність названих чинників не обов'язково приводить до формування девіантної поведінки. Так, підліток може і відійти від попередньої девіантної поведінки, що може бути пов'язане з позитивним впливом значущих для нього людей, зміною товариства, вибором позитивного партнерства, високим інтелектом, здатністю до постійного затримування у школі, на роботі тощо.

Форми вияву девіантної поведінки

- *Аутоагресія* - агресія, спрямована на себе (фізична і вербальна).
Форми аутоагресії: суїцидальна поведінка (самогубство) і самоушкодження. Виділяють три основних види суїцидальної поведінки: "аномічна" (пов'язана із кризовими ситуаціями у житті людини, її особистими трагедіями), "альтруїстична" (виконується самогубство заради блага інших), "егоїстична" (обумовлена конфліктом, який формується у зв'язку з непринадністю для конкретного індивіда соціальних умов або соціальних норм поведінки суспільства). Виділяють два види самоушкодження або парасуїцидальних дій: мотивовані дії з метою виводу себе зі стану емоційної нечутливості шляхом гострих афективно-шокових відчуттів; немотивовані дії - імпульсивні дії, пов'язані з блокадою захисних реакцій хворобою. Суїцидальні та парасуїцидальні дії можуть зумовлюватися такими психопатичними синдромами: депресивним, іпохондричним, дисморфобічним, вербальним імперативним галюцинозом, маяченням (ці хворобливі прояви поведінки спонукають людину до суїцидальних дій або самоушкоджень).

- *Зловживання речовинами, які зумовлюють стани зміненої психічної діяльності* (алкоголізм, наркоманії, токсикоманії).

- *Порушення їстівної поведінки* (переїдання, голодування). Під їстівною поведінкою розуміють ціннісне ставлення до їжі та її вживання, стереотип споживання їжі у щоденних умовах та в стані стресу, орієнтацію на образ свого тіла та діяльність з його формування. Для порушень їстівної поведінки характерні заклопотаність контролем за масою власного тіла, спотворення його образу, зміна місця їжі в ієрархії цінностей. Основними клінічними формами порушення їстівної поведінки є нервова анорексія, нервова булімія. Ознаки нервової анорексії: відмова від їжі, пов'язана з незадоволенням індивіда своїм зовнішнім виглядом, ідеєю своєї надмірної повноти, неадекватним сприйняттям "образу свого тіла",

орієнтацією на свою особисту думку або уявлення референтної групи щодо краси тіла. Різновиди анорексії: 1) нервова анорексія в нормі - слідкування за масою тіла для досягнення модних стандартів; 2) синдром дисморфофобії або дисморфоманії - надцінна ідея своєї повноти; 3) нервова ано-рексія малят (в основі лежить немотивоване зниження апетиту внаслідок гіпоталамічної недостатності або наявності несприятливої для малечі ситуації споживання їжі). Нервова булімія - це напади переїдання, що виникають періодично, неможливість навіть короткий час бути без їжі та надмірна занепокоєність контролем за масою свого тіла. Ознаки нервової булімії: постійне занепокоєння їжею і потяг до їжі навіть в умовах відчуття ситості, спроба протидіяти ожирінню різними способами, нав'язливий страх ожиріння. Булімія буває при синдромах тривоги та стресових станах, при адиктивній поведінці (відбувається відхід від реального світу у світ "їстівного").

- Аномалії сексуальної поведінки (девіації і перверзії). Сексуальні девіації (відхилення) - це будь-яке кількісне або якісне відхилення від сексуальної норми. При цьому діагностичні критерії відхилень у сексуальній поведінці людини дуже складні та суперечливі. **Сексуальні перверзії** або **парафілії** - це сексуальні відхилення, які не відповідають критеріям сексуальної норми, спотворюють її за морально-етичними нормами і законами суспільства та кваліфікуються як правопорушення або злочини. Розрізняють явні девіації та приховані. За векторами сексуальної орієнтації можна виділити такі форми девіацій сексуальної поведінки.

1. За вектором інтенсивності фідії (сила лібідо):

Гіперсексуальність - це одна з базових характеристик, які сприяють формуванню різних сексуальних девіацій та перверзій. Вона характеризується значним підвищенням цінності сексуального життя для людини і витісненням інших цінностей. При цьому гіперсексуальність стає не стільки засобом для досягнення задоволення, а й самоціллю. Гіперсексуальність може проявлятися як сексуальна взаємодія з метою поставити рекорд за кількістю партнерів або за тривалістю статевого акту - формується сексуальна поведінка за типом промискуїтету (безладні статеві зв'язки). Нерідко в таких випадках у суб'єкта з'являється нав'язливий або надцінний характер поведінки в пошуках об'єкта сексуальної взаємодії, і партнер може знецінюватись до рівня "персоніфікуючого збуджуючого об'єкта".

Асексуальна поведінка - людина знижує значущість і цінність сексуального життя або відкидає її суттєвість повністю і виключає із свого життя дії, спрямовані на сексуальні контакти. Асексуальність - біологічна (імпотенція, хромосомні розлади) та психологічна (імпотенція), або при шизоїдній та астенічній (залежні) акцентуаціях.

2. За вектором спрямованості - партнерства. Вибір сексуального партнера в нормі здійснюється із врахуванням вікового фактору. При цьому адекватною для дорослої людини є спрямованість на особу близької до її вікової групи.

Педофілія - це спрямованість сексуального потягу і еротичного задоволення дорослої людини до дитини. Форми педофільних контактів різні - від коїтальних до екстібіціонізму та петтінгу. Цей різновид може бути при патохарактерологічному та психопатологічному відхиленнях поведінки, а також при адиктивному типі - прагнення отримати яскраві, нові переживання.

Ефедофілія - потяг до підлітків. Мотив - "незайманість" підлітка, відсутність сексуального досвіду. Входять у структуру усіх видів девіантної поведінки.

Геронтофілія - це сексуальний потяг до партнера похилого віку, при цьому старече тіло відіграє роль своєрідного фетиша. Буває при органічній деменції, алкоголізмі, психопатіях.

3. За вектором спрямованості сексуального потягу на інший об'єкт розрізняють такі перверзії.

Зоофілія - сексуальний потяг до тварин (собак, свиней, коней тощо). При цьому тварина розглядається людиною із зоофільною орієнтацією як така, що замінює сексуальний об'єкт. При цьому використовується коїтальний генітально-анальний контакт чоловіка чи жінки із твариною. Найчастіше це буває при акцентуаціях шизоїдного типу, інколи астенічного, при невдалій спробі сексуального контакту гетерогенної спрямованості.

Некрофілія - сексуальний потяг, або швидше реалізація його при використанні мертвого тіла (у моргах - олігофрени, алкоголіки, психопати).

Фетишизм - одна з найбільш поширених девіацій або перверзій, яка характеризується заміщенням об'єкта або суб'єкта сексуального потягу яким-небудь символом (частиною його одягу, особистим предметом, фотокарткою), який стає достатнім для здійснення сексуального збудження і оргазму. Проявляється при патохарактерологічних рисах характеру та психопатіях.

Нарцисизм (аутоеротизм) - спрямованість сексуального потягу на себе, це самозакоханість, завищена самооцінка, підвищений інтерес до своєї

зовнішності, своїх статевих органів, сексуальності. Нерідко в таких осіб виявляються істероїдні риси характеру.

4. Вектор засобу реалізації потягу. Найвідоміші яскраві приклади таких перверзій - садизм, мазохізм, садомазохізм. Вони дуже близькі за сексуальною девіацією, тому що мають витоки з гіперрольової поведінки (маскулінної або фемінної) і включають здобуття сексуальної насолоди з насильством і агресією, спрямованою на себе або на партнера, чи на обох.

Садистська поведінка - проявляється у прагненні отримати сексуальне задоволення шляхом нанесення больової або психологічної агресивної дії. Така поведінка допомагає знайти найвище органістичне задоволення.

Експібіціонізм - досягнення сексуального задоволення шляхом демонстрації своїх статевих органів або свого сексуального життя. *о Вуайеризм* - форма девіантної сексуальної поведінки, при якій сексуальну насолоду людина отримує при підгляданні (або підслуховуванні) за роздягненими людьми або статевими актами (секс по телефону).

Мастурбація, онанізм - це самореалізація статевого потягу через стимуляцію своїх статевих органів різними способами. Може бути у дітей, підлітків, людей різного віку, коли реалізація сексуального потягу з якихось причин не можлива нормальним способом.

5. Вектор тілесного образу. Особливу групу сексуальних девіацій або уподобань становлять нетрадиційна гетеросексуальна орієнтація та порушення ідентифікації із своєю статтю. До цієї групи належать:

Гомосексуалізм - сексуальна орієнтація людини спрямована на осіб своєї статі без суттєвої зміни ідентифікації із своєю статтю.

Трансвестизм подвійної ролі - носіння одягу протилежної статі з метою отримання сексуального задоволення від тимчасового відчуття своєї приналежності до протилежної статі, але без бажання більш постійної зміни статі чи хірургічної корекції.

Транссексуалізм - суттєво порушується ідентифікація із своєю статтю, людина усвідомлює себе представником іншої статі внаслідок чого вибирає відповідний спосіб та манеру поведінки, яка активно спрямована на гормональну або хірургічну зміну статі з метою зняття внутрішнього конфлікту та дискомфорту, що зумовлений невідповідністю усвідомлення своєї статевої ролі і зовнішньо нав'язаним їй стереотипом поведінки.

- *Надцінні психологічні захоплення* ("трудоголізм", гемблінг, колекціонування, "параноя здоров'я", фанатизм - релігійний, спортивний, музичний тощо). Усі характеристики захоплення посилюються до Ознаки окремих надцінних психологічних захоплень:

1) *трудоголізм* - передбачає втечу людини від реальності у сферу діяльності і досягнень, при цьому захопленням стає робота або інша діяльність, де людина хоче досягнути великих успіхів;

2) *гемблінг* - надцінне захоплення азартними іграми, коли людина повністю присвячує себе грі, виключаючи іншу діяльність;

3) *фанатизм* - захоплення якою-небудь діяльністю у крайньому ступені вираження із формуванням культу та повною йому підлеглистю людини, її індивідуальності;

4) *"параноя здоров'я"* - захоплення оздоровчими вправами, коли усі засоби досягнення здоров'я переходять у самоціль, і людина від цього отримує задоволення;

5) *колекціонування* - колекціонування без визначеної мети та змісту цього захоплення.

- *Надцінні психопатологічні захоплення* ("філософічна інтоксикація", сутяжництво і кверулянтство і т.ін). Синдром "філософічної інтоксикації" трапляється у підлітків у нормі як складова частина психологічного підліткового комплексу і в патології при шизофренії.

- *Розлади потягів* (клептоманія, дромоманія, піроманія) - здатні призвести до внутрішньої дезорганізації особистості, а також до суттєвих зовнішніх проявів дисгармонії. Відмінність понять "захоплення" ("увлечение") та "потяги" ("влечения") полягають у тому, що захоплення характеризуються усвідомленням мети та мотиву, їх динаміка безперервна і вони можуть з'являтися після складної боротьби мотивів.

- *Патологічні звичні дії і дієства* (яктація, оніхофагія, смоктання пальця, трихотиломанія).

- *Характерологічні і патохарактерологічні реакції* (емансипації, групування, опозиції, компенсації, гіперкомпенсації тощо).

- *Комунікативні девіації* (аутизація, гіперкомунікативність, конформізм, псевдологія, нарцисична поведінка та ін.). Можуть стосуватись тільки спілкування, котре, як відомо, має у своєму складі потреби, мотиви до спілкування та засоби спілкування (мовлення, жести, рухи, міміка з емоційними реакціями тощо).

Розглядають такі основні форми *комунікативних девіацій*.

1. Вроджені комунікативні девіації (вади).

2. *Недорозвиток потреб і засобів спілкування* - трапляється при розумовій відсталості і характеризується недорозвитком усіх сфер психіки, у тому числі й комунікативної.

3. Частковий недорозвиток комунікацій і спілкування стосується, насамперед, недорозвитку засобів спілкування. Так, у дітей із загальним недорозвитком мовлення блокується один із засобів спілкування, що обмежує реалізацію їх потреби у спілкуванні та комунікаціях.
4. Спотворення або відсутність потреб і засобів спілкування - ранній дитячий аутизм (РДА),
 - а) первинний аутизм - відсутність потреб у контакті із людьми та живими істотами;
 - б) порушення соціальної перцепції - неприйняття себе як особистості (до 5 років не диференціює своє "Я"), не помічає і не контактує із живим світом, а спілкується і виявляє інтерес тільки до неживих предметів;
 - в) своєрідний недорозвиток комунікативної функції мовлення - пізня її реалізація, переважає монологічна мова, а діалогічна виявляється тільки у 4-5 років, називає себе на своє ім'я, "він", а не "Я", характерна неправильна граматична побудова речень;
 - г) спотворення і недорозвиток емоцій - дитина не виражає своїх емоційних реакцій - "обличчя принца";
 - г) "симптом тотожності" - предметний світ повинен бути таким, як завжди, а при його зміні виникає незворотній страх;
 - д) негативізм, який виникає при зміні життєвого стереотипу (їжа, помешкання), а також при спробі нав'язати дитині контакт (стають рухливо збудженими, кричать, полишають свої навички самообслуговування та загальмовують сечовиділення або акт дефекації; в цілому поведінка стає схожою на поведінку розумово відсталої дитини);
 - е) рівень розвитку когнітивної сфери не завжди можна визначити, особливо у спілкуванні, але в них розвинутий пошуково-дослідницький рефлекс.

2. Набуті комунікативні девіації.

Тотальний розпад психіки і з цієї причини - порушення комунікації людини. Втрачаються потреби та мотиви спілкування, а із засобів - зникає мовлення, залишаються тільки емоційні не-диференційовані реакції нижчого рівня, які вказують на фізичні потреби організму людини.

Психогенно-зумовлені комунікативні девіації. Психогенний ступор - тотальне загальмування моторних, вольових, емоційних, когнітивних та комунікативних функцій психіки людини, яке з'являється під

впливом стресової ситуації і проявляється у повній нерухомості, без жодної відповіді на спроби спілкування з цією людиною.

Часткове психогенно-зумовлене порушення засобів спілкування, а саме, реалізації мовлення - емоціогенний аутизм (мовчання). Внаслідок стресової ситуації або під впливом несприятливої та значущої для людини ситуації порушується спроможність висловлювати свої думки - невротичний "злам" комунікативної функції мовлення.

Адаптаційні (патохарактерологічні) реакції та стани. Парааутистична реакція - проявляється в тому, що людина під впливом психотравмуючої ситуації або штучного обмеження контактів втрачає потреби у спілкуванні через спотворення мотивів комунікацій. - *Аморальна поведінка.* Аморальною називають поведінку, що проявляється у вигляді дій та діяльності, результати яких об'єктивно суперечать моральним нормам незалежно від оцінки їх особистістю, яка їх чинить.

Неестетична поведінка. Це поведінка людини, яка не наслідує законів прекрасного, духовного тощо. У патології така поведінка може траплятись у дементних хворих або в олігофренів. Таку ж поведінку можуть демонструвати люди із протестними реакціями тощо.

Ключові поняття теми: патопсихологія, амнезія, часткові порушення пам'яті, парамнезія, патологія інтелекту, олігофренія, частковий недорозвиток інтелекту, деменція, органічний психосиндром (психоорганічний синдром), затримка психічного розвитку, функціонально-динамічне страждання інтелекту, тимчасова втрата інтелекту, патологія мислення, формальні розлади мислення, продуктивні розлади мислення, розлади мовлення, порушення розвитку мовлення, розпад мовлення, порушення вимовної функції мовлення, порушення ритму мовлення, порушення комунікативної функції мовлення.

Запитання для самоконтролю

1. Що вважали причиною психічної патології у первісному суспільстві?
2. Які зміни у лікуванні психічно хворих відбулись у середині ХХ ст.?
3. Чим відрізняються ілюзії від галюцинацій?
4. Які основні розлади пам'яті бувають ?
5. Які розлади самосвідомості ви знаєте?
6. Які типи девіантної поведінки існують?
7. Що таке девіантна поведінка?

8. Які принципи патопсихології ви знаєте?
9. Як ставилися до душевнохворих у часи Ренесансу?
10. Які розлади відчуття існують?
11. У чому полягає заслуга Філіпа Пінеля у психіатрії?
12. Коли виникла патопсихологія?
13. У чому відмінність поглядів філософів та психіатрів XIX ст. на психічну патологію?
14. Назвіть представників вітчизняної патопсихології та опишіть їхній внесок у розвиток цієї науки.
15. Дайте визначення патопсихології.
16. У чому полягає завдання патопсихології?
17. Назвіть ознаки психічної патології.
18. Назвіть основні принципи патопсихологічних досліджень.
19. Назвіть розлади відчуттів та поясніть прояв кожного з них.
20. Назвіть основні розлади сприймання.
21. Назвіть та поясніть види патології уваги.
22. Охарактеризуйте порушення розвитку мовлення.
23. Перелічіть види розладів емоцій.
24. Назвіть розлади волі.
25. Назвіть стани порушеної свідомості.
26. Що таке провідний мотив? Яка його роль?
27. Наведіть приклади маячних ідей.
28. Перелічіть форми вияву девіантної поведінки.
29. У чому проявляються розлади потягів?
30. Назвіть типи девіантної поведінки.

Завдання для самостійної роботи

1. Назвіть види галюцинацій.
2. Опишіть види ілюзій
3. Назвіть основні розлади пам'яті.
4. Наведіть приклади маячних ідей.
5. Назвіть та опишіть розлади волі.
6. Назвіть розлади самосвідомості
7. Назвіть види порушень особистості.
8. Опишіть суть делінквентної поведінки
9. Перелічіть форми вияву девіантної поведінки.
10. Опишіть ставлення до психічно хворих в епоху Середньовіччя.

11. Чи можна стверджувати, що створення притулків для психічно-хворих в епоху Ренесансу сприяло їх видужанню?
12. Опишіть які зміни у лікуванні психічно хворих відбулись у середині ХХ ст.?
13. Доведіть, що в античні часи погляди на психічну патологію мала науковий характер.
14. Охарактеризуйте сутінковий стан свідомості.
15. Опишіть способи взаємодії індивіда з реальністю.
16. Опишіть людину, схильну до адиктивної поведінки.
17. Охарактеризуйте розлади волі.
18. Поясніть суть порушення смислоутворення як розладу особистості.
19. Опишіть девіації сексуальної поведінки за вектором інтенсивності Фідії.
20. Поясніть суть комунікативних девіацій.
21. Опишіть суть делінквентної поведінки.
22. Опишіть суть ейдетизму, сенестопатій, агнозій, соматоагнозій.
23. Опишіть види порушень сприймання часу.
24. Поясніть суть амнезії та назвіть її основні види.
25. Опишіть види дисоціативних розладів пам'яті.
26. Опишіть види розладів інтелекту.
27. Охарактеризуйте клінічні варіанти олігофренії.
28. Охарактеризуйте порушення вимовної функції мовлення.
29. Назвіть та опишіть синдроми розладу емоцій

Психологічні задачі

Задача 1. На консультації у психолога сорокарічний чоловік з болем у голосі говорить: «Я відчуваю якийсь вакуум у житті. Спочатку професія мені подобалась, намічались перспективи кар'єрного просування. Далі непорозуміння з дружиною змусили мене ще більше заглибитись у роботу, яку сприймав як віддушину. Здавалось, начальство цінувало мої старання, я періодично отримував премії. Однак, коли з'явилась чергова вакансія на підвищення, вибрали не мене. Охопила хвиля розчарування, відчуваю, далі байдужість».

Яке психологічне явище відображає розповідь чоловіка? З'ясуйте причини переживання ним цього явища.

Задача 2. “Він мав ґрунтовні знання в царині як соціальних, так і природних наук, і вмів цими знаннями чудово користуватися. У досліджуваних якостях він прагнув віднайти їх сутність, з’ясувати основні причини, зв’язки. Відкриваючи будь-які шаблони в аналізі нових фактів, умів бачити їх з нового боку і не боявся критично оцінювати свої попередні погляди. Іноді він припускався помилок, але вмів усувати їх згодом”.

Про які якості та властивості мислення йдеться в наведеному описі?

Задача 3. Випробувані повинні описати листок каштанового дерева.

Випробуваний А. Цей листок наполовину зелений, наполовину жовтий. Цей листок складний і складається з трьох листочків, що сходяться в центрі, де кінчається ніжка, що називається черешком, який прикріплює листок до дерева. Каштанове дерево належить до дводольних рослин; це можна побачити по його листку: він покритий розгалуженими прожилками.

Випробуваний Б. Цей листок каштанового дерева, безсило впав від подуву осіннього вітру. Він жовтий, але ще пружний і прямий; може, ще є яке-небудь життя в цьому бідному, вмираючому створінні. Бідний листок, приречений на те, щоб кружляти над дорогами.

Визнате який тип сприйняття характеризує кожен приклад? Які характерні ознаки кожного сприймання?

Задача 4. Хворі з пошкодженням потилично-тім’яних відділів лівої півкулі головного мозку не можуть побудувати конструкцію з кубиків за зразком, хоча розуміють загальний принцип побудови і мають відповідний намір. По-іншому поводять себе хворі з пошкодженнями лобових часток мозку. Їм неважко знайти необхідні просторові відносини, але вони не можуть спланувати сам процес побудови. Ці хворі не роздумують над умовами задачі і не виявляють ставлення до власних помилок.

Запитання: Як ці дані характеризують мислення? Соціальним чи природним явищем воно є?

Задача 5. Підраховано, що із 108 ідей письменника-фантаста Ж.Верна помилковими або нездійсненими виявилися лише 10. З 50 ідей О. Беляєва – лише 3. Фантаст і біохімік А. Азімов ще в 1950 р. в романі «Я - робот» передбачав появу робототехніки. Проте є й письменники, фантастичні образи яких не знаходять втілення. Про що свідчать ці дані? Як вони характеризують уяву?

Задача 6. Учням було запропоновано завчати два оповідання, рівні за обсягом та ступенем складності. Перше зачитувалося після попередження, що перевірка відбудеться наступного дня, друге слід було запам'ятати надовго. Однак в обох випадках ефективність запам'ятовування перевірили через два тижні. *Яке оповідання учні запам'ятають краще? Чому?*

РОЗДІЛ II. ВІКОВА ПАТОПСИХОЛОГІЯ

2.1. ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ПРИ РОЗЛАДАХ ПСИХІЧНОГО РОЗВИТКУ ДІТЕЙ

Принципи побудови патопсихологічного обстеження дітей та роль даних про порушення в розвитку дитини

Методи дослідження порушень психічних процесів, станів та особистісного розвитку дітей

Особливості дослідження психічних процесів і станів у дітей

Загальна характеристика методів дослідження відхилень в особистісному розвитку дітей.

2.2. ЗАГАЛЬНІ ПОРУШЕННЯ РОЗВИТКУ У ДІТЕЙ

Аутичні розлади. Епілепсія.

Неврози.

Психопатія. Види психопатій.

Неврастенія. Види неврастенії.

Невропатія.

Психологічна допомога при розладах психічного розвитку дітей.

У сучасному світі через невинне підвищення темпу життя і частоти стресових ситуацій жодна країна світу не захищена від проблем, пов'язаних із психічними розладами, у тому числі серед дитячого населення. В європейському регіоні до 30% всіх звернень громадян до лікарів загальної практики пов'язано з психічним неблагополуччям. Майже 3% дітей в Україні потребують постійної психіатричної допомоги, а підтримка досвідченого психолога потрібна чи не кожній дитині.

Порушення психічного розвитку – це загальне поняття, яке включає як розумову відсталість, так і комплексні порушення. Як правило, вони проявляються в дитинстві і зберігаються у дорослому віці, викликаючи затримку розвитку функцій центральної нервової системи. Для розумової відсталості характерне порушення розвитку по багатьох напрямках, в тому числі мислення та адаптації до різних життєвих ситуацій. Недостатній розумовий розвиток заважає справлятися з повсякденними побутовими задачами.

2.1. ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ПРИ РОЗЛАДАХ ПСИХІЧНОГО РОЗВИТКУ ДІТЕЙ

Принципи побудови патопсихологічного обстеження дітей та роль даних про порушення в розвитку дитини

За Н. Ю. Максимовою, К. Л. Мілютіною, В. М. Піскун, у патопсихологічному обстеженні дітей важливо враховувати таке.

1. Чим молодша дитина, тим важливішу роль відіграють особливості патологічно змінених проявів нормального вікового розвитку. Тому передусім необхідно вивчити ті психологічні утворення, які на даному віковому етапі мають вирішальне значення у психічному розвитку її.

Саме ці психологічні утворення особливо насичені ознаками хворобливої симптоматики. Наприклад, затримка розвитку мовлення в ранньому дитячому віці (3-4 р.), її специфічне викривлення (збереження автономної мови, неологізми, аутична спрямованість і т.д.) властиві ранній дитячій шизофренії. У віці 4-5 років ознаки цієї хвороби проявлятимуться уже не в особливостях мови, а в змісті рольової гри дитини, її малюнках, фантазіях. Аналізуючи продукти цієї провідної для даного віку діяльності, можна виявити емоційні розлади (страхи, агресивні тенденції), інтелектуальні порушення (патологічні асоціації, неадекватність розумової діяльності).

1. Матеріали для цього розділу запозичено з книги Максимова Н. Ю., Мілютіна К. Л., Піскун В. М. Основи дитячої патопсихології: Навч. посібник. - К.: Перун, 1996. - 464 с.

2. Оскільки психіка дитини перебуває в постійному розвитку, у патопсихологічній характеристиці обстежуваного треба розрізняти два види симптомів:

а) первинні, тобто безпосередньо пов'язані зі шкідливим впливом (хвороба, травма тощо);

б) вторинні - є результатом порушення психічного розвитку внаслідок хворобливого процесу (що триває або вже завершився).

Наприклад, у молодшому шкільному віці формуються поняття про збереження числа, об'єму, автоматизуються навички читання та письма. Ураження або недорозвиток психічних функцій, що не дають змоги опанувати даною інформацією, призводять до недостатності (затримки) формування логічного мислення, здатності прогнозування.

Спираючись на ці принципи, патопсихолог у ході дослідження психіки дитини розв'язує такі завдання:

а) виявляє порушення психічної діяльності та дає їм патопсихологічну кваліфікацію;

б) проводить структурний аналіз помічених порушень, виділяє первинні та вторинні симптоми;

в) розробляє програму коригуючих заходів.

Н. Ю. Максимова виділяє *два підходи до розв'язання цих завдань психологом:*

- проблемний підхід до дослідження психіки дитини. Описаний, в основному у працях зарубіжних авторів (когнітивна, позитивна психотерапія). За цього підходу психолог з'ясовує:

- чи існує проблема;

- для кого вона найпекучіша (наприклад, порушення поведінки можуть бути досить байдужими для самого учня, але турбувати вчителя та батьків);

- можливі шляхи вирішення цієї проблеми;

- обирає оптимальний шлях вирішення проблеми, виходячи із зацікавленості усіх задіяних сторін;

- реалізовує обраний шлях.

У даному підході поєднані психодіагностика та психокорекція.

Психодіагностичний підхід до дослідження психіки. Його основи у вітчизняній психології розробляли Л. Виготський, Б. Зейгарник, В. Блейхер, Л. Бурлачук, І. Крук, В. Лебединський, О. Лічко, С. Рубінштейн та ін.

За цього підходу перед патопсихологом постають такі завдання:

- дослідити функції психічних процесів та виявити відхилення;

- визначити можливості поліпшення результатів під час надання допомоги;

- діагностика особистісних особливостей дитини;

- зіставлення отриманих результатів з "нормативними" та постановка патопсихологічного діагнозу;

- визначення можливостей розвитку дитини та шляхів вирішення її соціальних проблем.

Випадки, в яких використовується проблемний підхід: - при вирішенні завдань, пов'язаних з порушенням поведінки, негативними особистісними особливостями (тобто, коли мала вірогідність того, що причиною звернення до психолога можуть бути порушення розвитку психічних процесів);

- коли необхідна довготривала психологічна корекція, то він дає змогу визначити сферу прикладання зусиль психолога, позицію дитини та інших учасників проблемної ситуації, налагодити стосунки співробітництва.

Випадки, в яких використовується діагностичний підхід:

- вирішення експертних питань, насамперед пов'язаних з навчанням дитини та вибором місця навчання;
- у випадках високої вірогідності наявності в дитини відхилень у психічному розвитку;
- за необхідності - проведення психотренінгових заходів;
- при з'ясуванні причин соціальної дезадаптації дитини.

Сучасна патопсихологія використовує багато експериментальних методик дослідження психічних процесів і станів. Суть їх застосування полягає в моделюванні проблемних ситуацій. Їх вирішення потребує від обстежуваного того виду психічної діяльності, яка є об'єктом дослідження.

Наприклад, у дослідженні інтелекту роль "функціональної проби" виконують експериментальні завдання, що дають змогу аналізувати розумові операції, якими людина користується звичайно у своєму реальному житті.

Орієнтовна схема психологічного дослідження порушень психічної діяльності дитини молодшого та середнього шкільного віку

1. Дослідження розумової працездатності з виявленням показників виснаженості; утрудненої впрацьовуваності, коливань працездатності.
2. Вивчення уваги - її обсягу, здатності дитини до довільної концентрації, розподілу та переключення.
3. Дослідження процесів запам'ятовування та відтворення.
4. У деяких випадках - вивчення процесу сприймання (якщо виникає підозра щодо порушення цього процесу).
5. Вивчення інтелекту: рівень розвитку вербального та невербального інтелекту, формування шкільних умінь та навичок, життєвої орієнтованості, можливостей розвитку інтелекту у процесі навчання.
6. Дослідження процесу мислення: пошук специфічних феноменів мислення, характерних для порушень психічного розвитку (конкретність, інертність або спотворення мислення). Вивчення процесу мислення має проводитися в усіх випадках, коли є підозра щодо порушення психічного розвитку, та незалежно від визначеного рівня розвитку інтелекту.
7. Дослідження особливостей мови: розвиток та збереження смислової, змістовної структури мови, наявність порушень у вигляді фонетичних дефектів, заїкання, недостатність функції читання та письма. Докладніше вивчення мовного розвитку дитини належить до компетенції логопеда.
8. Вивчення емоцій: переважаючий емоційний фон, наявність різних коливань емоцій, феномени страхів, тривожності взагалі та шкільної особливо, наявність схильності до концентрації негативних емоцій.

9. Дослідження особистісних особливостей: головна мотивація діяльності, самооцінка та ставлення до оточуючих, рівень домагань та його динаміка у випадку успіху та невдачі, наявність внутрішньо особистісних конфліктів та механізмів компенсації, реакції у стані фрустрації; параметри екстраверсії, нейротизму, особливості темпераменту тощо.

На підставі отриманих даних психолог може дійти таких висновків:

- чи є взагалі в даної дитини порушення психічної діяльності, чи її проблеми пов'язані тільки з недоліками мікросоціальної ситуації розвитку;

- якщо є порушення, то який тип порушень переважає в даному випадку, які механізми привели до його формування (структура первинного та вторинного дефектів, явище ретардації, асинхронії тощо);

чи потребують виявлені феномени втручання (тобто чи є соціальна дезадаптація, чи формується вторинний дефект, стан погіршення і т. д.);

- яка зона найближчого розвитку дитини;

- хто та на якому рівні може провести корекцію порушень розвитку (варіанти: достатньо зміни виховного підходу; бажано змінити місце та форми навчання; необхідна консультація спеціаліста іншого профілю - лікаря, логопеда; необхідні психокорекційні та психотерапевтичні заходи).

Особливості патопсихологічного обстеження дітей:

- звичайне обстеження;

- дослідження наявності і типу акцентуацій характеру;

- обстеження мотиваційної структури особистості;

- дослідження спрямованості особистості;

- дослідження самооцінки;

- діагностика реакції адаптації;

- діагностика порушень у формуванні потягів;

- з'ясування особистісних криз.

Для ефективного патопсихологічного обстеження дітей важливо:

- встановити хороший контакт з дитиною, вміти зацікавити дитину завданнями, задати позитивно насичений емоційний тон;

- обміркувати стиль спілкування з підлітком, а також те, як пояснити йому мету обстеження;

- мати окреме приміщення, куди не заходили б під час експерименту сторонні, де не було б яскравих предметів, що відвертатимуть увагу, бажано, щоб якомога менше проникав шум;

- обстеження проводиться індивідуально; якщо дитині менше ніж шість років, то допускається присутність матері;

- не слід проводити обстеження, якщо дитина перевтомлена або, навпаки, сильно збуджена, якщо вона голодна чи тільки-що поїла, якщо вона нездужає, відчуває біль або інші види дискомфорту;

- за необхідності повторних обстежень бажано проводити їх в один і той самий час;

- патопсихологічне обстеження дітей проводиться у формі навчаючого експерименту; якщо в дитини виникають труднощі, їй треба допомагати: це можна зробити у вигляді загальної стимуляції (підбадьорювання, похвала), організації діяльності, навідних запитань, прямої підказки, показу або навчання на матеріалі аналогічного завдання з наступним контролем за перенесенням способу дії. Під час аналізу отриманих результатів слід враховувати, який вид допомоги та якою мірою був наданий дитині і наскільки ця допомога сприяла виконанню завдання; - необхідно фіксувати вислови та емоційно-рухові прояви дитини, але оскільки спілкування психолога з дитиною має бути жвавим, безпосереднім, то не слід відволікатись під час обстеження на тривалі записи, тому інформацію треба здебільшого запам'ятовувати.

За Н. Ю. Максимовою, К. Л. Мілютіною, В. М. Піскун, незалежно від того, хто був ініціатором патопсихологічного обстеження дитини, про його результати слід повідомити батькам (або особам, які їх замінюють). Необхідно надати батькам повну інформацію про дитину:

- її можливості та обмеження;
- перспективи подальшого розвитку;
- причини порушень психічної діяльності, їхню структуру (наприклад, які труднощі в навчанні пов'язані з органічною недостатністю нервової системи, тобто первинним дефектом, а які мають вторинний характер та спричинені педагогічною занедбаністю);
- запропонувати шляхи корекції.

Разом з батьками треба намітити подальшу програму дій, пояснити, що й для чого треба робити, як працювати з дитиною, як будувати стосунки з нею, на що звернути увагу (необхідно враховувати умови життя конкретної сім'ї, її склад, культурний рівень, матеріальні та побутові умови, щоб поради психолога не здавались батькам надмірними, не викликали почуття безпорадності та безнадійності), вирішити, що та як повідомити класному керівникові.

Приховувати результати обстеження не можна, оскільки саме на основі висновків психолога та його рекомендацій вчитель зможе правильно організувати навчально-виховний процес у класі, де навчається дитина. Якщо

педагог не знає, в чому полягає справжня причина аномальної поведінки учня, він може тлумачити його дії неадекватно. Це призводить до посилення соціальної дезадаптації дитини.

Але далеко не завжди можна надавати вчителю інформацію про дитину в повному обсязі. Особливо це стосується термінів, назви діагнозу (може перетворитись на образливі прізвиська учнів).

Тому, даючи рекомендації вчителю щодо учнів з відхиленнями в психічному розвитку, краще користуватися фразами типу:

- запальний характер (замість збудливий психопат);
- досить скромні здібності (замість психічний недорозвиток);
- надто дитяче сприйняття світу (замість дисгармонійний психічний інфантилізм).

Даючи рекомендації педагогу, слід враховувати й те, як він ставиться до учня, його батьків, та, за необхідності, розпочинати коригувальну роботу з нормалізації цих стосунків.

Залежно від результатів патопсихологічного обстеження дитини психолог пропонує різні способи корекції її розвитку шляхом відповідної організації навчально-виховного процесу.

Зміна соціальної ситуації розвитку.

Навіть за відсутності первинного дефекту, спричиненого хворобливим процесом, психічний розвиток дитини може бути порушений під впливом негативних факторів мікросоціального оточення. Несприятлива сімейна атмосфера, психічна депривація призводять до психопатичного та невротичного розвитку, затримки психічного розвитку та ін. Тому коригування сімейних стосунків, формування правильного ставлення батьків до дитини є обов'язковою умовою оптимізації виховного процесу.

За наявності первинного дефекту навіть благополучна сімейна обстановка автоматично не гарантує сприятливої соціальної ситуації розвитку дитини, особливо в шкільному віці. Усвідомлення дитиною своєї неспроможності в навчальній діяльності (не може так швидко, як однокласники, виконати завдання) є психотравматичним фактором. Якщо ж учитель та батьки починають картати дитину за погану успішність, то така соціальна ситуація розвитку призводить до формування вторинного дефекту, появи негативних особистісних якостей, психогенної шкільної дезадаптації.

Тому корекція у даному випадку може полягати в:

- зміні ставлення до учня;
- переведенні дитини в інший клас;
- переведенні дитини у відповідну школу: логопедичну, допоміжну, для

дітей із затримкою психічного розвитку і т.д. (якщо порушення психічного розвитку значно ускладнюють навчання).

Корекція виявлених порушень психічної діяльності дитини.

Якщо в дитини виявлені відхилення в мовному розвитку, слід проконсультуватись у логопеда, дефектолога. Обов'язково направляються до психіатра діти, в яких виявлено ознаки порушеного та спотвореного розвитку, а також в усіх випадках прогресуючого погіршення будь-якого стану. При усіх видах порушень психічного розвитку бажано звертатися до спеціаліста.

Так, звертання до психолога потрібне у випадку необхідності застосування психотренінгових (розвивальних) методів, психотерапевтичних методів.

Психотренінгові (розвивальні) методи.

Якщо на основі результатів патопсихологічного обстеження в дитини констатовано недорозвиток будь-якої функції, то слід організувати спеціальне навчання, спрямоване або на розвиток цієї функції, або на формування компенсаційних механізмів. Для цього організують спеціальні психотренінгові заходи, тобто такі, де під час гри, змагань або в іншій, цікавій для дитини формі діяльності, розвиваються пам'ять, увага і т. д.

Психотерапевтичні методи.

Спрямовані на корекцію порушень у формуванні особистості. Діти з відхиленнями в особистісному розвитку потребують складної роботи психолога щодо подолання негативних стереотипів їхньої поведінки та вироблення адекватних навичок реагування. Ці методи застосовують під час надання психологічної допомоги сім'ї, в якій виховується дитина з відхиленнями в психічному розвитку.

Залежно від результатів патопсихологічного обстеження після консультації з психіатром психолог підбирає для дитини ті чи інші заходи. Наприклад, при затримці психічного розвитку: направлення до психіатра з метою вирішення питання про місце навчання; переведення учня в клас підвищеної уваги та включення до групи для психотренінгових занять з розвитку саморегуляції.

Методи дослідження порушень психічних процесів, станів та особистісного розвитку дітей

Основною формою діяльності патопсихолога є експериментально - психологічне дослідження психічно хворих. Застосування психологічних

методик дозволяє одержати дані про характер і структурі психічних змін, про ступінь порушення і збереження психічних функцій.

Патопсихологія, як і будь-яка інша галузь психології, спирається на систему методів, що склалася в сучасній психологічній науці. Однак характер стоять перед нею завдань і особливості предмета дослідження визначають специфіку вибору використовуваних методів і методик, технології їх застосування. Патопсихологічне дослідження є комплексним, оскільки його метою є виявлення не окремих компонентів, а цілісної структури психічної діяльності психічно хворих людей. Основним методом патопсихології, на думку вітчизняних патопсихології (Б. В. Зейгарник, С. Я. Рубінштейн, В. В. Лебединський та ін), є експеримент, а в якості додаткових використовуються спостереження, бесіда, аналіз продуктів діяльності, аналіз історії життя хворого людини (аналіз анамнестичних відомостей), зіставлення експериментальних даних з історією життя. Останнім часом у патопсихології (вірніше, клінічної психології) активно використовуються психодіагностичні методи і методики (тести, проєктивні, опитувальні). Щодо правомірності і можливості використання психодіагностичних прийомів в патопсихологічне дослідженні надалі буде сказано окремо.

Раніше зазначалося, що патопсихологічні дослідження носить комплексний характер і поряд з основним експериментальним методів включає в себе проведення бесіди з хворим і спостереження за його поведінкою під час дослідження.

Бесіда, будучи одним з методів наукового пізнання, являє собою отримання інформації на основі вербальної (словесної) комунікації. Клінічна або спрямована бесіда широко використовується в клінічній практиці, будучи одним з діагностичних методів. У використовуваної в патопсихологічне дослідженні розмові (чи розмові з хворим випробуваним) виділяють дві частини. Перша частина - це бесіда у вузькому сенсі слова. У даному випадку експериментатор розмовляє, розмовляє з хворим, не проводячи ніякого експерименту. Друга частина розмови - це бесіда під час експерименту.

Бесіда у вузькому сенсі слова не може бути проведена «взагалі». Вона носить клінічний характер, тобто завжди повинна мати мету, яка залежить від поставленого завдання. Як правило, у клініці завдання ставиться перед психологом лікуючим лікарем. Можливі варіанти завдань, які ставить перед патопсихології лікар, нами були описані раніше. Це завдання диференціальної діагностики, або отримання даних, важливих для прийняття експертного рішення, або задача визначення впливу психофармакологічних засобів на психічний статус хворого і т.п. Відповідно

конкретної практичної задачі психолог вибирає стратегію своїх дій та бесіди. Наприклад, лікар просить подивитися експертного хворого з метою виявлення ступеня його інтелектуального та особистісного зниження або виявлення ознак інсталяційного поведінки. Тоді розмова повинна будуватися таким чином, щоб виявити значимі в діагностичному плані особливості психіки і особистості хворого. Іншими словами, клінічна бесіда завжди має діагностичну спрямованість. Іноді лікар (як правило, не дуже досвідчений лікар) не може чітко сформулювати конкретне завдання, а просто просить психолога подивитися «дуже складного хворого». У цьому випадку сам патопсихолог на основі ретельного вивчення історії хвороби повинен зрозуміти, яка перед ним стоїть завдання і з якою метою він повинен проводити бесіду з хворим. З такою ж проблемою стикається педагог-психолог, який проводить патопсихологічне обстеження дитини поза стінами психіатричного стаціонару за запитом педагогів і батьків.

Зміст запитань повинно відповідати стоїть перед психологом завданню. Причому питання, які задає патопсихолог, не повинні носити суто клінічний характер, тобто не повинні бути спрямовані на виявлення ознак хворобливого стану. Оцінка клінічної картини порушення входить у функції лікаря, а не психолога. Тому в бесіді психолог повинен отримати психологічну інформацію, що стосується особливостей пізнавальної діяльності (пам'яті, мислення, уваги, мови). Доцільно також включати у розмову питання, що дозволяють визначити особливості орієнтування в місці, часу, власної особистості, що характеризують стан свідомості на момент обстеження.

Бесіда, проведена з дітьми, повинна крім цього давати загальне уявлення про рівень інтелектуального розвитку, про відповідність цього рівня віку дитини. Особливу увагу в розмові з дітьми варто приділяти питанням, що стосуються особливостей і мотивів поведінки, ставлення до сім'ї та школі, інтересів, схильностей, утруднень у навчанні, характеру взаємин з однолітками і дорослими, ставлення до свого дефекту, ситуації обстеження. Втім, аналогічні питання важливі і в бесіді з дорослими випробуваними, так як відповіді на них дозволяють отримати початкове уявлення про особистості випробуваного і системі його відносин.

Будучи допоміжним методом, спостереження виявляється включеним в контекст інших методів дослідження; та бесіди, і експерименту. Воно як би «пронизує» тканину всього дослідження і має вестися протягом всього взаємодії патопсихолог з хворим. При цьому спостереження ні в якому разі не повинно бути нав'язливим, не повинно саме стати об'єктом уваги випробуваного.

Спостереження, як відомо, може бути суцільним і вибіркоким. Звичайно, для патопсихологічної діагностики цікаві всі поведінкові прояви хворого (і вербальні, і невербальні), що мають діагностичну значимість. Тому найкращим способом дослідження цих поведінкових проявів було б суцільне спостереження, а кращим способом фіксації - прихована аудіовізуальна запис, яку можна було б неодноразово аналізувати. Однак у реальних умовах роботи патопсихолог позбавлений таких технічних можливостей, а організація суцільного спостереження є занадто трудомісткою. Тому психолог повинен мати уявлення про те, які елементи поведінки хворого обов'язково повинні бути об'єктом його спостереження, на що він повинен звернути увагу і що необхідно зафіксувати у протоколі із усього різноманіття мовних, рухових, мимічних і інших реакцій випробуваного.

По-перше, слід звертати увагу (і, отже, фіксувати) ті елементи поведінки, які є типовими для тих чи інших форм психічних розладів. Для цього патопсихолог повинен бути добре знайомий з основними проявами (симптомами) порушення психічних функцій і особистісної сфери, характерними для різних захворювань.

По-друге, необхідно фіксувати ті прояви поведінки, які є нетиповими для особистості самого хворого, тобто суперечать попередніми даними, отриманим про це хворому з медичних документів, звітів оточуючих, а також враженням, отриманим самим експериментатором при спілкуванні з випробуваним в інший час. Ці нетипові прояви можуть бути свідченням зміненого психічного стану хворого або проявом інсталяційного його поведінки.

По-третє, при роботі з дітьми обов'язково слід звертати увагу на прояви, нетипові для дітей даного віку (а при роботі з дорослими - нетиповими для людей з даним рівнем культури та освіти). Такі особливості поведінки можуть бути проявами дизонтогенеза або вікових психопатологічних розладів.

У змістовному плані у спостереженні необхідно звертати увагу на те, як хворий реагує на зауваження експериментатора, на інструкцію і зміст різних завдань, на невдале або вдале виконання завдання, як він ставиться до свого успіху (задоволений або байдужий), як реагує на допомогу експериментатора, на зміну умов проведення експерименту (обмеження часу, пропозиція іншого способу рішення, перешкоди тощо). Особливо важливо відзначити, критично хворий відноситься до допускаються помилок, чи контролює свої дії.

Таким чином, спостереження, як і бесіда, доповнює, уточнює дані експерименту, дозволяє розглянути психічну діяльність і особистісні особливості хворого в контексті виконання експериментальної діяльності

та спілкування з експериментатором як реальний пласт його життя. Саме комплексний характер патопсихологічного дослідження дозволяє змінити або встановити правильний діагноз і призначити правильне лікування.

Найбільш поширені тести для дослідження особистості:

1. Метод дослідження рівня домагань. Методика використовується для дослідження особистісної сфери хворих. Хворому пропонують ряд завдань, пронумерованих за ступенем складності. Випробуваний сам вибирає посильну для себе завдання. Експериментатор штучно створює ситуації успіху-неуспіху для хворого, при цьому аналізує його реакцію в цих ситуаціях. Для дослідження рівнів домагань можна використовувати кубики Кооса.

2. Метод Дембо-Рубінштейн. Використовується для дослідження самооцінки. Випробуваний на вертикальних відрізках, символізують здоров'я, розум, характер, щастя, зазначає, як він оцінює себе за цими показниками. Потім відповідає на питання, що розкривають його уявлення про зміст понять «розум», «здоров'я» і т.д.

3. Метод фрустрації Розенцвейга. За допомогою цього методу досліджуються характерні для особистості реакції в стресових ситуаціях, що дозволяє зробити висновок про ступінь соціальної адаптації.

4. Метод незакінчених пропозицій. Тест належить до групи вербальних проєктивних методів. Один з варіантів цього тесту включає 60 незакінчених пропозицій, які випробовуваний повинен закінчити. Ці пропозиції можуть бути розділені на 15 груп, в результаті досліджуються відносини випробованого до батьків, осіб протилежної статі, начальству, підлеглим і т.д.

5. Тематичний аперцептивний тест (ТАТ) складається з 20 сюжетних картин. Випробуваний повинен скласти розповідь по кожній картині. Можна отримати дані про сприйняття, уяві, здатності осмислювати зміст, про емоційній сфері, здатності до вербалізації, про психотравме і т.д.

6. Метод Роршаха. Складається з 10 карт із зображенням симетричних одноколірних і поліхромних чорнильних плям. Тест використовується для діагностики психічних властивостей особистості. Випробуваний відповідає на питання, на що це може бути схоже. Формалізація відповідей проводиться за 4 категоріях: розташування або локалізація, детермінанти (форма, рух, колір, півтони, диффузність), зміст, популярність-оригінальність.

7. Міннесотський багатопрофільний особистісний опитувальник (MMPI). Призначений для дослідження властивостей особистості, особливостей характеру, фізичного та психічного стану випробованого. Випробуваний повинен поставитися позитивно чи негативно до

змісту пропонованих в тесті тверджень. У результаті спеціальної процедури будується графік, на якому зображено співвідношення досліджуваних особистісних особливостей (іпохондрії - свержконтроля, депресії - напруженості, істерії - лабільності, психопатії - імпульсивності, гіпоманії - активності і оптимізму, мужності - жіночності, параної - ригідності, психастенії - тривожності, шизофренії - індивідуалістичності, соціальної інтроверсії).

8. Підлітковий діагностичний опитувальник. Використовується для діагностики психопатій і акцентуацій характеру у підлітків.

9. Тест Люшера. Включає в себе набір з восьми карт - чотири з основними кольорами (синій, зелений, червоний, жовтий) і чотири з додатковими (фіолетовий, коричневий, чорний, сірий). Вибір кольору в порядку переваги відображає спрямованість випробуваного на певну діяльність, його настрій, функціональний стан, а також найбільш стійкі риси особистості.

Особливості дослідження психічних процесів і станів у дітей

За Н. Ю. Максимовою, К. Л. Мілютіною, В. М. Піскун, у межах дитячої патопсихології важливо дослідити пізнавальні процеси, бо вони визначають успішність навчальної діяльності дитини. Тому більшість експериментальних завдань, що пропонуються дітям, спрямовані на вивчення уваги, пам'яті, мислення, сприймання. Перебіг емоційно-вольових процесів у дітей аналізується в ході експерименту шляхом:

- спостереження за їх поведінкою, реакціями на успіх чи невдачу;
- виходячи з даних, отриманих у ході бесіди.

Особливості проведення *бесіди* з дітьми з метою дослідження порушень у психічному розвитку:

Краще користуватись непрямыми запитаннями (якщо дитина мала, у неї не розвинуті навички самоаналізу, вона ще не може давати узагальнених оцінок явищам, і її відповіді на прямі запитання часто відображають не реальний стан речей, а бажання відгадати, чого від неї хоче дорослий; якщо ж розмова ведеться із старшими дітьми, підлітками, то вони можуть свідомо перекручувати інформацію, видаючи соціально схвалювані відповіді на особливо значущі для них запитання). Наприклад, замість того, щоб запитати: "У вас дружна сім'я?", краще з'ясувати, як у сім'ї заведено проводити вільний час, як розподіляються домашні обов'язки і т. д. Або замість того, щоб запитати: "Чому ти пропускаєш уроки?", краще повести мову про те, що деякі діти прогулюють уроки, а тоді поставити запитання: "Як ти думаєш, чому?".

Якщо з реакції дитини видно, що тема для неї болюча, що вона не хоче розповідати, краще перейти до розмови про інше (позначивши цей момент у протоколі), а потім отримати інформацію про афектогенні (болючі) зони використавши проєктивні методи.

Теми бесід з дитиною залежать від завдань конкретного патопсихологічного обстеження, і повинні охоплювати головні сфери життєдіяльності: сім'я, школа, інтереси, позашкільне оточення, спілкування, думка дитини про себе, свої можливості, здібності. Детальніше розглядаються ті теми, які важливі для досягнення мети обстеження.

Необхідно наперед спланувати схему бесіди, наприклад: симптом (тобто ознака, важлива для обстеження), у чому він проявляється, з якою інтенсивністю проявляється, як давно проявляється, як реагує на це сама дитина. Якщо ця схема буде зашифрована (наприклад, латинізована), то підкресленням можна легко фіксувати інформацію в ході дослідження, не привертаючи уваги дитини тривалими записами.

Якщо з дитиною не вдається встановити контакт, можна запропонувати їй розглянути малюнок, іграшку чи дати спочатку нескладне завдання, щоб зацікавити, похвалити і таким чином зняти напруженість, скутість, тривогу, страх перед дорослим (утрудненість чи легкість встановлення контакту є діагностичним показником, тому ці параметри слід фіксувати у протоколі).

У бесіді з підлітками слід виступати в ролі співрозмовника, який серйозно сприймає свого партнера, поважає його погляди, цікавиться його проблемами та дотримується норм етикету.

Бесіду з підлітком слід розпочати з пояснення мети дослідження. Не завжди слід називати справжні причини і, звичайно, не у такій формі, яка зачіпає самоповагу дитини. Наприклад, не слід говорити, що будуть перевірятися розумові здібності учня, краще сказати, що вимірюють працездатність, рівень перевтоми у результатах навчальної діяльності, що мета дослідження - підказати нові засоби засвоєння інформації. Найкращим поясненням необхідності дослідження психічних процесів і станів у підлітків є посилення на профорієнтацію.

Після експериментального дослідження проводиться заключний етап бесіди з дитиною, де психолог з'ясовує: які завдання сподобалися дитині, а які - ні, що було важким, а що легким, як дитина оцінює свої успіхи, як дитина себе почуває.

Протягом усього патопсихологічного дослідження використовується спостереження одночасно з використанням експериментальних методів.

Особливості проведення *спостереження* за дітьми з метою дослідження порушень у психічному розвитку:

Інформація фіксується у спеціальній карті-схемі, користуються при цьому символами (наприклад: закреслення символу, яким позначається якась ознака, позначається її відсутність, підкреслюванням - її наявність у середньому ступені, подвійне підкреслювання - сильна інтенсивність, обведення колом - дуже сильна інтенсивність, хрестиком - прояви ознаки, протилежної до тієї, яка позначена у карті-схемі, хвиляста лінія - передбачення наявності певної характеристики і т.д.).

Протокол спостереження починають з оцінювання зовнішнього вигляду дитини:

особливості будови тіла (наявність диспропорцій і фізичних вад, відповідність віку фізичному розвитку, схильність до маскулінізації (у дівчаток) чи фемінізації (у хлопчиків), надлишкова повнота чи худорлявість, тип будови тіла: астеничний, атлетичний, пікнічний);

- охайність одягу, шкіри;

- колір обличчя (свідчить про стан здоров'я, емоційний стан у даний момент);

- особливі прикмети (шрами, тату і т.д.);

- загальний тон настрою протягом експерименту;

- характеристика рухів дитини;

- адекватність міміки і жестів;

- невротичні прояви - посилюються при наростанні напруженості й тривоги (тремтіння рук, знизування плечима, стереотипне гримасування, кусання нігтів або губів, шмограння носом, постійне перекладання предметів, сунання на стільці, розхитування тощо);

- мовлення дитини:

якщо нечітко вимовляє слова, шепелявить, гнусавить, то можна робити припущення про наявність психічного недорозвитку;

словниковий запас, точність висловлювання думки, вміння будувати складні речення - усе це свідчить про міру розумового розвитку та культурного рівня дитини;

наявність у мові дитини аграматизмів, постійна зміна теми розмови, коли, не закінчивши говорити про одне, переходять до викладення іншого, схильність до ведення монологу (ніби відповідає на нечутні запитання) - усе це може бути симптомами серйозних порушень у психічному розвитку;

інформація про емоційно-вольові прояви дитини:

темп роботи і його зміни протягом обстеження;

міра наполегливості при виконанні завдань;

зосередженість або відволікання;

як швидко з'являються ознаки втоми;

чи намагається дитина проаналізувати завдання, що стоять перед нею, знайти різні варіанти вирішення, чи має вигляд безпорадної та розгубленої;

як реагує на невдачу (чи реагує агресивно, чи звинувачує зовнішні обставини у невдачі, чи себе; чи намагається хитрувати, вгадуючи правильну відповідь, чи виправдовується та запевняє, що її помилки випадкові, чи сприймає невдачу байдуже);

як реагує на підказку психолога, його зауваження та похвалу.

Діти, в яких немає порушень у розвитку психічної діяльності та відхилень у поведінці, під час обстеження поведуться серйозно, вони зібрані й активні, їм цікавий процес роботи, оцінка результатів, радіють успіху й похвалі. При невдачі засмучуються але не втрачають самовладання, намагаючись подолати труднощі.

Загальна характеристика методів дослідження відхилень в особистісному розвитку дітей

За Н. Ю. Максимовою, К. Л. Мілютіною, В. М. Піскун, вивчаючи особистісний розвиток дитини, якій властиві відхилення в поведінці, психолог стикається з низкою проблем:

1) немає такого методу, який може цілком розкрити справжню сутність людини; тому, використовуючи ту чи іншу методику, психолог отримує відомості про часткові особистісні прояви, на основі яких складає цілісне уявлення про особистість;

2) якщо поведінка дитини відхиляється від суспільно схвалюваних норм, це може бути пов'язане з порушеннями в розвитку психіки, зумовленими як біологічними, так і соціальними факторами;

3) зважаючи на те, що процес становлення особистості дітей спрямовується дорослими, необхідно проводити дослідження особистості дитини у загальному контексті соціальної ситуації її розвитку.

У зв'язку з цим вибір методів дослідження в особистісному розвитку дитини складніший, ніж аналогічне завдання в роботі з дорослим пацієнтом.

Умовно методи дослідження особистості можна розподілити на дві групи:

а) методи інтегральної оцінки особистості дитини у контексті соціальної ситуації її розвитку:

проективні методи (призначені для діагностики особистості, для них характерний глобальний підхід до оцінки особистості, істотною ознакою є використання невизначених стимулів, які досліджуваний повинен сам

доповнювати, інтерпретувати, розвивати і т.д.; приклади завдань у проєктивних методиках: виконати малюнок на задану тему, проінтерпретувати запропоновані картинки, завершити речення і т.д.; вважається, що характер відповідей обстежуваного обумовлений особливостями його особистості, які проєктуються у його відповідях);

методи спостереження;

вивчення взаємин батьків і дітей;

б) методи дослідження структурних компонентів особистості, які використовуються для вивчення конкретних особистісних проявів за допомогою моделювання ситуацій, конкретних видів діяльності, застосування особистісних опитувальників та ін.

2.2. ЗАГАЛЬНІ ПОРУШЕННЯ РОЗВИТКУ У ДІТЕЙ

Аутичні розлади. Епілепсія.

Аутичні розлади належать до викривленого розвитку психіки. При викривленому розвитку спостерігається поєднання загального недорозвитку, затримки, ушкодження з прискоренням розвитку окремих функцій. На передній план висувається виражена асинхронія психічного розвитку. Викривлений розвиток трапляється при процесуальних, спадково зумовлених захворюваннях.

До викривленого психічного розвитку належить і ранній дитячий аутизм. Це нерівномірний розвиток психіки з порушенням переважно соціального міжособистісного сприйняття і функції спілкування.

Прояви РДА можуть бути помічені в дитини у віці до 1-го року: в неї пізно виникає «комплекс поживлення», вона не фіксує погляд на обличчях, звертаючи більшу увагу на предмети; можлива негативна реакція на позу під час годування. Моторний розвиток також вирізняється своєрідністю: дитина на руках у матері може бути або млявою, або занадто напруженою. Формування навичок ходіння затримується. Нерідко спостерігаються порушення ходи: ходіння на пальцях, розмахування руками, підстрибування. Подальший розвиток дитини залежить від характеру емоційного адаптування.

Причинами виникнення РДА може бути спадкова обтяженість: у багатьох випадках батьки або інші родичі дитини хворіють на шизофренію, мають невро тичні розлади. На думку Б. Беттельхейма, аутизм виникає як реакція на пригнічування дитини з боку матері, її емоційну холодність. В дослідженнях В. Кагана обговорюється можливість органічного ураження мозку (переважно лівої півкулі, зокрема мовних зон).

Психологічні механізми розвитку дитини з РДА відображені в працях спеціальної експериментальної групи, що діяла при НДІ дефектології АПН СРСР. результати досліджень, які провадилися В. Лебединським, О. Нікольською, Є. Баєнською, М. Лібніч та ін., були визначені чотири групи дітей з аутизмом залежно від інтенсивності ураження базальної афективної сфери.

Перша група РДА — найтяжчий ступінь ураження. Спостерігається польова поведінка: дитина переміщується в просторі кімнати, може залазити на меблі стрибати зі стільців. Емоційний контакт із дорослим відсутній, реакція на зовнішні та внутрішні подразники (навіть голод, холод, біль) слабка. Обличчя звичайно зберігає вираз глибокого спокою. Мовлення відсутнє, хоча розуміння мови оточуючих може й не бути порушене. Діти уникають навіть звичайних подразників (шуму, яскравого світла, гучної мови, дотиків), які можуть викликати в них переляк. Виражені явища перенасичуваності. Такий тип емоційної регуляції орієнтований на захист себе від впливу зовнішнього світу й прагнення емоційного комфорту.

Друга група РДА вирізняється більшою активністю. Дитина сильніше реагує на фізичні відчуття (голод, холод, біль). Діти активно вимагають збереження стабільності в навколишньому середовищі: однакової їжі, постійних маршрутів прогулянки, вони важко переживають перестановку меблів, зміну одягу. При цьому діти відмовляються від їжі, можуть позбутися навичок самообслуговування. Прояви такого стану помітні з 2 —3-х років.

Як правило, для дітей цієї групи характерні стереотипні дії, спрямовані на стимуляцію органів чуттів:

надавлювання на очні яблука, обертання предметів перед очима, шурхотіння папером, прослуховування одних і тих самих платівок. Вестибулярний апарат стимулюється стрибками, розгойдуванням униз головою і т. ін. Мова переважно складається з однотипних мовних штампів — команд, що адресуються будь-кому з присутніх. Можливе й виконання нескладних прохань матері. Характерним є надмірний зв'язок із матір'ю, неможливість відійти від неї навіть на нетривалий час. Іноді спостерігається поєднання байдужості, нечутливості до емоцій інших людей з підвищеною чутливістю до стану матері.

Третя група РДА характеризується наявністю мовлення у вигляді емоційно забарвленого монологу; дитина здатна до вияву своїх потреб. Спостерігається суперечливість спонукань: прагнення досягти мети при швидкій перенасичуваності; лякливості, тривожності і потреба пережити

вдруге травмуюче враження. Часто трапляються агресивні дії. Дитина полюбляє страхітливі сюжети малюнків зображення пожеж, бандитів і т. ін.).

Четверта група РДА є найменш тяжким видом порушень. Діти здатні до спілкування, в них збережені інтелектуальні функції. Однак у їхній мові трапляються аграматизми, невідповідне вживання займенників. У дітей з РДА четвертої групи також дуже яскраво виражена потреба в захисті, підбадьоренні, емоційній підтримці з боку матері. Дитині цієї групи не вистачає гнучкості, різноманітності поведінки, часто виникають ритуальні форми поведінки як захист від страхів. Коло спілкування обмежене тільки близькими, добре знайомими людьми. В ході розвитку дитини можливе як поліпшення засвоєння навичок спілкування, поступова адаптація, так і регрес, втрата раніше набутих навичок.

•Діти з аутизмом потребують лікування, психолого-педагогічної корекції порушень, і насамперед правильної виховної роботи в сім'ї. Для дітей з РДА вкрай небажаним є розрив з матір'ю, звичним родинним оточенням. У зв'язку з цим рекомендується проведення обстеження в присутності матері, а в деяких випадках навіть удома в дитини. Категорично протипоказане направлення цих дітей у психіатричний стаціонар.

Під час патопсихологічного обстеження дітей з РДА бажано додержуватися таких рекомендацій:

надати можливість дитині обстежити приміщення, попередньо сховавши гострі предмети та предмети, що можуть розбитися;

уникати зорового й дотичного контакту з дитиною в перші хвилини обстеження;

протягом усього обстеження розмовляти тихим голосом, не робити рвучких рухів, не використовувати великих, яскравих, з різкими звуками іграшок;

пропонувати дитині не більш як 2—3 однотипних завдання й відразу припиняти діяльність, якщо настає перенасичення.

Діти першої й другої груп практично недосяжні для продуктивного контакту, нездатні до виконання завдань звичайних патопсихологічних методик. Під час обстеження дітей третьої — четвертої груп удається визначити рівень досягнень у навчальній діяльності, рівень розвитку інтелекту. В ході обстеження виявляються особливості мислення у вигляді різнорівневості, різноплановості суджень.

При виконанні графічних проб часто спостерігається збіднення малюнку, наявність стереотипів. У деяких випадках малюнки відбивають

страхи, агресивні нахили. В багатьох дітей з РДА трапляються своєрідні творчі здібності до малювання, музики, літературної творчості.

Важливим завданням патопсихолога й лікаря є диференціювання РДА й інших порушень розвитку: олігофренії, алалії, шизофренії та ін. При цьому слід звернути увагу на наявність таких характерних ознак, як-от: відсутність жестикуляційного спілкування при аутизмі й наявність його при алалії; наявність емоційної відгукуваності при олігофренії й відсутність її при РДА. Діагностика РДА провадиться з 3—4-х років, хоча первинні ознаки помітні ще до року.

Реалізація розробленої В. Лебединським, О. Нікольською та іншими вченими програми поступової реабілітації, навчання й виховання дітей з аутизмом приводить до значного прогресу в їхньому розвитку, корекції страхів й агресивної поведінки. Становить інтерес і досвід Б. Кравцова, який застосовує активну арттерапію для розвитку дітей з РДА.

Одним із головних напрямів роботи психолога щодо подолання аутизму дитини є робота з батьками. Важливо навчити батьків такої дитини навичок спілкування з нею, розповісти про особливості сприйняття дитиною емоцій, мотивації при аутизмі. Основні зусилля батьків мають бути спрямовані на створення емоційного та психологічного комфорту, почуття впевненості та захищеності, а згодом на поступове обережне введення нових навичок, форм поведінки.

Під час ретельного спостереження й аналізу поведінки дитини можна виявити, які із зовнішніх стимулів є привабливими, а які відразливими. Якщо дитина поринає в гру-маніпуляцію з предметами, треба поступово прагнути до надання їй змісту (викладання рядів з кубиків—«будуємо потяг», розкидання шматочків паперу—«влаштували салют» і т. ін.).

При багаторазовому програванні або зображенні різноманітних сюжетів можливе навчання правильного сприйняття й вираження емоцій, розуміння власних почуттів і прагнень.

При своєчасному (у віці 3—5 років) початку цілеспрямованого навчання й медикаментозній корекції можливе значне зменшення проявів аутизму до 7-го року, аж до можливості навчання в масовій школі.

При аутизмі першої та другої групи, наявності агресії й порушень потягів, а також для дітей третьої групи бажане навчання вдома. Їм необхідна постійна психологічна корекція.

Наступним типом ураженого психічного розвитку є розвиток дітей, що хворіють на епілепсію.

Епілепсія—хронічне, тяжіюче до поступового погіршення стану нервово-психічне захворювання, що характеризується судомними розладами та специфічними психічними відхиленнями.

При власне епілепсії її виникнення буває пов'язане зі спадковою схильністю, а також із перенесеними органічними ураженнями головного мозку. Епілепсія, особливо в дитячому та підлітковому віці, не завжди виявляється у вигляді сильних судомних приступів, нерідко трапляються атипові розлади.

Епілепсія в дітей набирає різноманітних форм. О. Болдирев пропонує відрізняти від епілепсії стани, як епілептична реакція — реакція організму, виражається епілептичним припадком, який виникає в незвичних умовах у відповідь на дію шкідливого екзогенного фактору (високої температури тіла, інтоксикації, інфекційного захворювання), та епілептичні синдроми — епілептичні припадки, що розвиваються при осередкових ураженнях головного мозку (пухлинах, запаленнях і т. ін.).

Під час патопсихологічного обстеження в таких випадках виявляються зміни, типові для основного захворювання: виснажуваність психічних процесів, падіння або регрес окремих функцій (при пухлинах) відсутність специфічних для епілепсії особистісних змін.

Завданням шкільного психолога є своєчасне виявлення хворих на епілепсію та з епісиндромом і направлення їх до психіатра або невропатолога за наявності бодай деяких із перелічених нижче ознак.

Ознаки епілепсії:

наявність судом із втратою свідомості;
зомління, не зумовлені зовнішніми обставинами;
короткочасні (на декілька секунд) виключення свідомості;
судоми окремих груп м'язів: кисті рук, обличчя, тимчасові розлади мовлення;
мимовільні жувальні та смоктальні рухи, відвернення очей;
мимовільні сміх, плач, раптовий біль у череві, відчуття нагального жару або холоду;
раптові, безпричинні зміни настрою;
порушення сну: нічні страхи, сноговоріння, сноходіння (лунатизм);
відчуття різкої зміни навколишнього простору;
здригання усього тіла вдень та уві сні;
відчуття мінливості частин тіла (товщини й довжини рук та ніг);
порушення свідомості, коли дитина виконує різноманітні дії (іде, не знаючи навіщо, зі школи чи з дому, вириває волосся і т. ін.).

При епілепсії спостерігаються також специфічні порушення психічних процесів, зміни особистості хворого. Інтелект при епілепсії може не зазнати порушень. Проте в деяких випадках епілептичний синдром трапляється в дітей із затримкою психічного розвитку або з олігофренією.

За умов відсутності лікування або при несприятливому перебігу епілепсії можливе виникнення епілептичного недоумства.

Можна виділити такі форми поведінки в дітей, що хворіють на епілепсію:

- 1) психічна розгальмованість, непосидючість;
- 2) психічна загальмованість, інертність психічних процесів;
- 3) виражена впертість і негативізм;
- 4) прояви садистської поведінки та жорстокості;
- 5) поведінка з агресивними та руйнівними діями;
- 6) аутоагресивність (потяг до самоушкодження).

Під час психологічного обстеження дітей із психічною розгальмованістю виявляються перенасичуваність, виснажуваність за гіперстенічним типом, порушення довільної концентрації уваги. Механічне запам'ятовування утруднене. Інтелект у цілому дещо занижений: від неважких порушень критичності до олігофренії. В структурі інтелектуального дефекту можна виявити нерівномірність ураження. При докладному нейропсихологічному дослідженні фіксуються локальні ураження.

Самооцінка завищена. Виражена висока інтенсивність потягів, потреб, неможливість стримувати свої емоції. Простежуються егоцентризм, нездатність до співпереживання, бажання заподіяти біль оточуючим. Трапляються випадки садизму й жорстокості до тварин, молодших дітей.

При психічній загальмованості спостерігається виражена інертність психічних процесів. Темп сенсомоторики уповільнений. Обсяг уваги недостатній, переключання дуже утруднене. Механічне запам'ятовування за типом «плато» з постійним відтворенням тих самих слів.

Рівень інтелекту також коливається од відносної норми до олігофренії. Труднощі виникають під час виконання «класифікацій» та «аналогій», тобто завдань, що потребують творчого мислення, здатності до перенесення навичок.

При виконанні графічних проб трапляються зменшення розміру малюнка, надмірна деталізація зображень, стереотипність сюжетів. Самооцінка також завищена, виражена ригідність рівня домагань.

При епілептичних змінах особистості (а вони можуть простежуватися з 5— 6-річного віку) характерні впертість, нахил до накопичення емоційних

станів, злопам'ятність, жорстокість. Емоції вирізняються напруженістю, високою інтенсивністю. Якщо трапляються невдачі, в дитини виникає роздратованість аж до приступів люті.

Діти з епілепсією важко переносять зміни звичного режиму, місця навчання, проживання. За умови пред'явлення стійких вимог діти з епі-змінами (насамперед загальмованої групи) успішно виконують їх.

Питання про місце й форму навчання дітей, що хворіють на епілепсію, вирішується індивідуально, залежно від рівня інтелекту й відмінностей особистості.

Діти з нормальним інтелектом мають навчатися в масовій школі. Завданням психолога в такому разі є щорічне патопсихологічне обстеження з метою виявлення таких особливостей психічних процесів, як інертність, порушення темпу сенсомоторики, зниження інтелекту, особистісні зміни.

При виявленні будь-якого з перелічених порушень бажано повідомити про це лікаря, який постійно спостерігає дитину. Епілепсія може призвести до суттєвого зниження інтелекту, тому, можливо, виникне необхідність вдруге вирішувати питання про місце й форму навчання.

Діти з епілепсією, у яких спостерігаються часті судомні приступи, приступоподібні перепади настрою (дисфорія), помітні зміни особистості, підлягають навчанню вдома за програмою, що відповідає рівню інтелекту.

У підлітковому віці в дітей з епілепсією часто посилюються зміни особистості: впертість, егоцентризм, напруженість емоційно-мотиваційної сфери, потяг до лідерства, жорстокість, педантичність.

При виборі професії слід урахувати обмеження, зумовлені станом здоров'я, й проводити відповідну профорієнтацію: хворим заборонена робота, що пов'язана з транспортом і механізмами, які рухаються, перебуванням на висоті, робота з відкритим вогнем та водою.

Важливим моментом у роботі з дітьми-епілептиками є профілактика їх конфліктів з батьками та однолітками. Регулярне спостереження та корекція відхилень, своєчасне лікування можуть значною мірою зменшити ступінь особистісних розладів, загальмувати розвиток інтелектуального дефекту.

Неврози

Неврози - це короточасні напруження, що виникають у нервовій системі людини, це її функціональні розлади. Причин для розладів може бути багато:

міжособистісні конфлікти;

стурбованість;

неблагополуччя у взаєминах зокрема, і в житті в цілому;

невирішені і нерозв'язані проблеми;
негаразди тощо.

Для того щоб нервовий зрив у вигляді стресу набув характеру стійкого, довготермінового функціонального розладу нервової системи, у дію, звичайно, включаються чинники, що передбачають: вроджені, генетично зумовлені властивості нервової системи, надбані дефекти виховання, перевтома, недосипання тощо.

Психолог Я. Луп'ян переконливо показав унікальність і неповторність причин неврозів у різних людей. Так, якщо ми позначимо причини невротичних розладів як:

вроджені - властивості вищої нервової системи, наслідкипологових травм тощо;

і надбані - ускладнення після захворювань, перевтома, дефекти виховання тощо

буквами А, В, С, D, то легко уявити скільки утворюється варіантів: АС, САD, ВАС, АВСD, ВСD А... При трьох чинниках можливо 6 сполучень, а при п'яти - уже 120 комбінацій. Звідси очевидно, що важко знайти двох людей, у яких неврози, що виникли, не різнилися б за походженням, вагою, стійкістю, симптомами.

Зазвичай, неврози поділяють на три основні види:

- 1) істерію;
- 2) неврастенію;
- 3) невроз нав'язливих станів.

До кожного типу неврозу схильні люди з певним видом вищої нервової діяльності. І. П. Павлов вважав, що люди "художнього типу", що емоційно сприймають дійсність, більш схильні до істерії, у той час як

люди "розумового типу" - до неврозів нав'язливих станів. Середній тип між ними має схильність до неврастенії.

Істерія - вид неврозу, властивий переважно жінкам. Люди, хворі на істерію, із дитинства вразливі, легко переконливі і самонавіювані. Для них характерна швидка зміна настрою, вибагливість, схильність до зовнішніх ефектів, до "самопобиття", прагнення скласти враження на оточення. Хворі на істерію, зазвичай, егоїстичні й егоцентричні, їм властиві поверхневі, легковажні судження, пафос і патетичність. Себе подають страждальцями, людьми з "оголеними нервами", "незрозумілими" натурами. І чим більше вони вдаються до відповідної уяви, вживаються у відповідний образ, тим інтенсивніше перебігає цей нервовий розлад.

Для людей, які хворі на істерію, достатньо дрібного конфлікту, незначного стресу, щоб голосно ридати, емоційно неадекватно реагувати на дії і слова оточення.

Істерична реакція має багато симптомів. Її причиною є певний бар'єр: невміння досягти результату, збій, невдача, накладка, дефект спілкування. Істерична людина ніколи не зізнається в некомпетентності, нездатності, невмінні. Їй легше за допомогою "театральних ефектів" продемонструвати непритомність, нестримні сльози, ридання, припадки, черствість і жорстокість навколишніх. Згодом ці ефекти стають настільки стійкими і звичними, що вони насправді спричиняють нудоту, запаморочення, судорожне зведення пальців і навіть блювання й утрату свідомості.

Від демонстрації своїх страждань хвора людина одержує задоволення і наче мститься оточуючим за їхню черствість і неухважність. При всій показовості і демонстративності істеричних симптомів, най-істеричніший напад у жодному разі не можна вважати симуляцією. Це хвороба, розлад нервової системи, і ставитися до цього потрібно як до хвороби. А інтенсивність хвороби, глибина страждань хворої людини багато в чому залежать від занедбаності захворювання, отже побічно і від того, що оточуючі неадекватно реагували на її поведінку, на її нервові захворювання, тим самим поглиблювали його, а тепер розраховуються за це.

Практика свідчить, що вияви істерії зворотні. Крім лікування у психотерапевта і психоневролога, людина, яка страждає на істерію, повинна сама працювати над собою - прагнути адекватно оцінювати різні життєві ситуації і відповідним чином на них реагувати.

Неврастенія ("нервова слабкість") - є похідною від нервового стресу і часто виступає як закономірний наслідок, що виникає при спілкуванні, бар'єри якого наклалися на помилки і прорахунки. Можна сказати, що це розплата за невміння спілкуватися з іншими людьми. Будучи наслідком труднощів спілкування, неврастенія одночасно виступає причиною нових труднощів, комплексів, некомунікабельності, недобррозичливості стосовно всього оточення.

Будь-який незначний подразнювальний чинник спричиняє у людини, хворої на неврастенію, привід для "вибуху емоцій". І хоча подібні вибухи не дуже руйнівні, не дуже тривалі, а самі такі хворі незабаром шкодують про це, проте вони продовжують руйнувати свою нервову систему і систему оточуючих їх, світ стосунків. Ті, які страждають на неврастенію, не переносять яскравого світла, голосного або скриплячого звуку, їм важко зосереджувати

свою увагу; вони швидко втомлюються, у них виникає головний біль. Незважаючи на втому, що накопичилась за день, вони довго засинають.

Передумовою до неврастенії є психологічні особливості людини, її характер, темперамент. Невроз може не розвинути, але якщо до невміння розслабитися та емоційно розряджати, до постійного перевантаження і недосипання додати, скажімо, завищення оцінки самого себе і завищені вимоги до оточуючих, а також невміння врівноважено спілкуватися з колегами і "домашніми", то нервовий розлад гарантований.

Невроз нав'язливих станів - виявляється у вигляді постійно виснажливих своєю стійкістю тривожних думок, передчуттів, страхів, побоювань. Людина часто розуміє безпідставність і необґрунтованість своїх тривог, але не може їх позбутися. Щоб позбутися цього, людина часто починає вірити в різну містику, прикмети, наслідує ритуали, заряджається "космічною енергією", охороняє себе від "псування" тощо. Така людина ніколи не вітається за руку, адже боїться заразитися, не підходить до співрозмовника, ближче ніж на метр, багато і старанно миє руки.

Причин такого невроту дуже багато. Це може бути дитяча психотравма, задумливість, різноманітні комплекси, здобуті з переляком. Така риса характеру, як нерішучість, може сприяти розвитку цього невроту.

Фрустрація - психогенна реакція організму, пов'язана з емоційним розладом, спричинена перешкодою, яка зненацька виникла; психогенна напруга, що накопичується людиною, необхідна для подолання цієї перешкоди. Така напруга може бути знята на двох рівнях: у поведінці й в організмі.

Якщо напруга, що виникла у людини за наявності зовнішньої (фрустрація) або внутрішньої (психологічний конфлікт) перешкоди, одержує розрядку в поведінці, що пов'язана з реалізацією мети, то це "позитивна реакція". "Негативною реакцією" вважається адекватна поведінка, що має на меті просту розрядку ситуації.

Людину, яка відчуває фрустрацію, може видавати цілий спектр реакцій, не враховувати які у процесі спілкування просто неможливо.

Розрізняють наступні реакції:

1. *Агресивна реакція* - реакція, які спрямована не на причину, а на наслідки перешкоди, що раптово виникла. Людина, за звичай, шукає "козла відпущення" і зриває на ньому всю свою досаду.

2. *Екстрапунітивна реакція* - це агресивна реакція, спрямована на предмети і на сторонніх людей, які нібито є відповідальними за збій, невдачу,

перешкоду. Така реакція, за звичай, супроводжується подразненням, гнівом, обуренням.

3. *Інтрапунітивна реакція* - виникає тоді, коли суб'єкт може визнати, що він сам є причиною фрустрації. Тоді його агресивність супроводжується соромом, розкаянням, почуттям провини.

4. *Неагресивна реакція* - відмова від досягнення цілі, від подолання перешкоди. "Втеча" може бути суто психологічною: людина відмовляється читати листи від певних осіб, уникає брати участь у якійсь діяльності, читати газети, цікавитися політикою тощо.

5. *Реакція виправдання* - варіант реакції "втечі", пов'язаний зі словесним виправданням, самопоясненням.

6. *Реакція фіксації* виникає тоді, коли людина, яка не досягла мети, не подолала перешкоди, наче фіксує свій наявний стан, зовнішньо задовольняючись ним і знаходячи слова, пояснення і виправдання для інтерпретації своєї відмови: "Мені і так добре...", "Не дуже і хотілося...", "Вівчина вичинки не варта...", тощо. Реакція фіксації залишає психологічну напругу, що може проявитися в іншій формі і з іншого приводу.

7. *Реакція регресії* - характеризується поверненням до старих засобів дії в аналогічних ситуаціях. Зіштовхнувшись із перешкодами, у своїх скаргах близьким доросла людина може звернутися до інфантильної поведінки. Часткова або повна (загальна) регресія - це завжди повернення назад.

Люди часто у складних ситуаціях поведуться як діти. Вони наче повертаються до давно забутих засобів дії й способів мислення.

8. *Реакція придушення* - часто та, що розуміється як пов'язана із сексуальністю, але насправді має ширший спектр. Вона виявляється, коли людині важко зізнаватися у багатьох своїх бажаннях, що нехай навіть і не збулися. Тоді ці бажання витісняються зі свідомості, замінюються на соціально прийнятні почуття. Це не означає, що зазначені мотиви зникають повністю, - вони лише переміщуються у сферу несвідомого.

Психопатія. Види психопатій

Психопатія (від грец. *ψυχή, psyche* — душа і *πάθος, pathos* — хвороба) — патологічний характер та темперамент, який виник на основі вродженої неповноцінності вищої нервової діяльності та дисгармонії її розвитку.

Психопатія — це незвичайний, аномальний характер. Його походження залишається недостатньо з'ясованим. Існують три основних погляди на це питання. Згідно з першим, психопатію вважають вродженим стражданням. Відповідно до другого, спотворення характеру формуються протягом життя людини під впливом несприятливих факторів мікросередовища й

умов виховання. Прихильники третього розглядають походження психопатій як результат взаємодії вроджених і діючих у ранні роки розвитку особи факторів.

Формування психопатій відбувається до кінця пубертатного перехідного періоду, до того часу, коли завершується розвиток характеру людини.

Слід зазначити, що в чинному переліку діагнозів Міжнародної класифікації хвороб десятого перегляду (МКХ-10, ICD-10) психопатія не згадується.

Однак існують інші визначення терміну психопатія. В американській психологічній літературі психопатія чи соціопатія характеризується схильністю людини обманювати, красти, чинити шкоду та іншим чином маніпулювати людьми, нехтувати законами, суспільними правилами та моральними нормами. Психопати не мають відчуття винуватості та совісті. Така поведінка є центральною ознакою антисоціального розладу особистості (дисоціального розладу особистості). В психологічній літературі для терміну психопатія частіше вживають термін соціопатія, оскільки при цьому розладі особистості відсутні характерні для психозів симптоми: галюцинації та маячливі думки.

Психопати використовують маніпуляції, щоб отримати те, що вони хочуть. Взагалі, це люди, які менше турбуються про те, що інші думають про них і використовують їх для досягнення своєї мети.

Види психопатій:

За особливостями походження О. В. Кербіков поділяв психопатів на

1. Ядерні — вроджені, конституційні, тобто зумовлені особливостями загальної тілобудови;
2. Краєві — формуються внаслідок несприятливих впливів середовища;
3. Органічні — виникають після перенесених в дитинстві та в юності різних захворювань.

За клінічними особливостями, з урахуванням найвиразніших аномальних рис характеру, виокремлюють кілька варіантів психопатій:

збудливого типу (кола);

істеричного типу;

паранояльного типу;

гальмівні;

шизоїдного типу;

нестійкі (мозаїчні).

Психопатії збудливого типу

Підвищена дратівливість, збудливість у поєднанні з експлозивністю (вибуховістю), через що існує назва "психопатії експлозивного типу", переважання злобності в коливаннях настрою, мстивість, в'язкість афективних реакцій, схильність до бурхливих проявів афекту у відповідь на часто незначні причини - ось головні характерологічні ознаки, що проходять через все життя таких психопатичних осіб. Це здебільшого постійно всім невдоволені люди, котрі шукають зачепок для прискіпувань. Коливання настрою у них, як правило, зумовлені зовнішніми чинниками, може спостерігатись і підвищений настрій, однак він не досягає радісного ставлення до життя. Збудливі психопатичні особи переважно злі, їм бракує розсудливості і холодної оцінки ситуації, тому дрібні щоденні неприємності викликають у них виразні емоційні вибухи, спалахи нестримного гніву. Особливо чітко це виявляється в частих сімейних конфліктах.

Психопатичні особи цього типу надто нетерпимі до чужої думки, не виносять протиріч. Ці риси в поєднанні з властивим їм егоїзмом, небажанням рахуватися з інтересами інших дають привід для завжди поганих відносин з оточуючими. Повсякденні зіткнення призводять до уявлення про якесь їхнє особливе призначення. З'являються думки та висловлювання про те, що їх "не розуміють", "недостатньо цінують" на роботі і вдома. Більшість психопатичних осіб збудливого типу схильні до переоцінки своїх розумових здібностей, часто вважають себе людьми, котрі стоять вище середнього рівня. На тлі неприємних відносин з оточуючими ці якості виливаються в дріб'язкову прискіпливість, підозрілість. Такі особи образливі, злопам'ятні, застережливо відносяться до близьких, які часто не приймають їх вимог, чинять спротив їхнім примхам. Таке ставлення, звичайно, поглиблює конфлікти.

У суперечках із різних причин хворі доводять свою слухність не стільки логічними тлумаченнями, скільки намаганнями "перекричати" опонентів, здобути перевагу своїм сварливим характером. Вони прямолінійні, вперті. У деякого з них виробляється своєрідна поза "борця за справедливість", "захисника" різних прав, при цьому вони намагаються подати себе справедливішими та достойними, ніж оточуючі, іноді вступають в конфлікти, коли "несправедливість" стосується третіх осіб, але швидко переходять до своїх особистих егоїстичних інтересів.

Істеричні психопатії

Основним проявом цієї форми психопатії є егоцентризм, тобто прагнення бути в центрі суспільства, подій, звертати на себе увагу оточуючих.[3] Вони дуже вразливі, суб'єктивні і відносно довільні в оцінці

подій, що відбуваються. У той же час їх вразливість стосується переважно об'єктів їх підвищеної уваги. Вони уявляють себе дуже витонченими, художніми натурами, яким доводиться спілкуватися з грубими, неосвіченими людьми.[3] Нерідко їх психіка відрізняється інфантильністю, незрілістю.[3] Для них характерний легкий перехід від захопленості до нігілізму в оцінці людей.[3] Емоційно дуже рухливі, нерідко бувають бурхливі прояви емоцій (істерики), дуже схильні до навіювань і самосугестії. Вони постійно прагнуть бути в центрі уваги, переживають, якщо на них не звертають «належну» увагу.[3] Уже в дошкільному віці виникають труднощі в поведінці: вони примхливі, дратівливі, прагнуть командувати однолітками, схильні до істеричних реакцій — падають на підлогу, плачуть, стукають ногами об підлогу, іноді б'ються головою об стіну, домагаючись свого. Дуже характерним є поєднання повноцінного інтелекту з вираженим егоцентризмом і інфантильною поведінкою. Егоцентризм робить їх чужими до переживань і труднощів близьких людей, друзів; вони зосереджені зазвичай тільки на своїх переживаннях і своїх інтересах.

Астенічна психопатія

В астенічних психопатичних осіб із дитинства спостерігається підвищена несміливість, нерішучість, вразливість. Особливо сором'язливими вони стають в новому оточенні, серед малознайомих людей, де їх не полишає відчуття власної неповноцінності. Підвищена чутливість, "мімозність", проявляється у таких осіб стосовно як психічних подразників, так і фізичних навантажень. При цьому ними відчуваються виразні коливання працездатності, спади настрою, стомленість, розбитість.

Постійні якості цих осіб - подразлива слабкість, спалахи афекту при будь-яких напруженнях, непосильних для них. Характерним є дещо пригнічений фон настрою з легко виникаючою тривожністю, невпевненістю в собі при стиканні навіть із незначними труднощами. Дещо пізніше, в підлітковому віці, до цих астенічних патохарактерологічних особливостей можуть приєднуватися психастенічні риси.

У таких осіб виявляються підвищена рефлексія, прагнення до постійного психічного психоаналізу та самоконтролю. Із застереженням вони ставляться до всього нового, що спричиняє у них відчуття страху, тривоги, своєї неповноцінності. Часто при цьому з'являється схильність до настирливих сумнівів, легко формуються різні фобії.

Психопатія типу нестійких

Нестійкі психопати характеризуються надзвичайною нестійкістю інтересів, захоплень, планів, рішень, нездатністю до тривалого зосередження,

одноманітної діяльності. Вони підвищено навіювані та легко підпадають під чужий вплив. Залежно від характеру соціального середовища ці особливості психопатів можуть бути то більше, то менше виразними.

При наявності відповідного оточення ці особи легко втягуються в азартні ігри, вживають наркотики, алкоголь, стають сексуально розбещеними. Нерідко вони схильні до реакцій за збудливим та істеричним типами.

Сьогодні психіатри все частіше застосовують поняття "мозаїчна психопатія" у випадках, коли в клінічній картині досліджуваних осіб у різний час проявляються тією, чи іншою мірою виражені ознаки майже всіх вищенаведених характерологічних особливостей.

Психопатія гальмівного кола

Вольові прояви психопатичних осіб гальмівного кола характеризуються недостатністю, в них часто можна відзначити слабкість потягів - поганий апетит, відставання у сексуальному розвитку й аномальна сексуальність у дорослому віці (імпотенція, педофілія). Характерні і такі соматичні компоненти, як головні болі, розлади сну, неприємні відчуття в ділянці серця. Неухильні зіткнення з оточуючим середовищем у більшості випадків супроводжується в цих осіб астеничними емоціями пригніченості, сорому, відчуттям поразки та стражданням.

Властиві гальмівним психопатичним особам патохарактерологічні особливості часто заважають їх адаптації в колективі і сприяють створенню конфліктних ситуацій у різних сферах міжособистісних відносин (виробничих, сімейних тощо). В цих ситуаціях відбувається психопатична реакція з загостренням відчуття неповноцінності, відмовою від подальших дій, з фіксацією на іпохондричних переживаннях. У хронічних психотравмуючих ситуаціях можливе ускладнення структури психопатії з розвитком вторинних істеричних, параноїчних рис характеру.

Шизоїдна психопатія

В осіб на це захворювання поряд із вразливістю, несміливістю, інерцією в життєвих колізіях відзначаються такі особливості, як уникання спілкування, інтравертованість, схильність до внутрішньої переробки своїх переживань, ускладнення контактів з особами найближчого оточення, схильність до фантазування на далекі від реальності теми, холодність до близьких, чопорність і дивакуватість у поведінці. Проявляється також відсутність почуття гумору, надлишкова серйозність або сентиментальність, мрійливість. Вони виявляють схильність до самоаналізу, рефлексії, нерідко - високий освітній ценз, добру здатність до навчання при слабкій моторній вмілості. Їхні професії та захоплення відносяться переважно до галузі літератури, мистецтва,

музики, теоретичних розділів науки. Захоплення нерідко "нестандартні", з прагненням до незвичайного (авангардистське мистецтво, поп-музика, екстрасенси, уфологія тощо). Разом із тим їхні захоплення не мають характеру відірваності від зовнішнього світу і дуже розповсюджені в мікрогрупах, в яких обертаються ці особи.

Вони часто міняють професію, роботу, місце проживання, причому ці зміни мотивуються пошуками цікавіших занять "для душі", "романтичних", "незвичайних" місць проживання. Всі ці пошуки спрямовані на максимальне самозадоволення без прагнення матеріального успіху або слави. Такими ж нерівними складаються в них і сімейні відносини внаслідок непорозумінь і відсутності спільних інтересів.

Психопатії паранояльного типу

При паранояльних психопатіях головними патохарактерологічними проявами є особлива схильність до надцінних утворень, поєднаних із малою гнучкістю психіки, підозрілістю і, зазвичай, підвищеною самооцінкою.

Виразні надцінні ідеї, а також перші паранояльні ідеї та реакції з'являються у цих хворих лише близько 20-25-річного віку. Однак і в більш ранньому віці виявляються патохарактерологічні реакції, які вказують на їх особливість і своєрідність. З дитинства їм властиві однобічні захоплення, які поєднуються з впертістю, прямолінійністю. Переоцінка своїх здібностей виявляється в тенденції до лідерства, самоствердження.

Такі особи надзвичайно чутливі до ігнорування їхньої думки, схильні до перебільшування значення розходжень у поглядах, вкрай образливі та злопам'ятні. Їх егоїзм, безкомпромісність, бажання в кожній ситуації вчиняти по-своєму, безапеляційна категоричність міркувань, як правило, заважають підтримувати рівні стосунки в колективах і сім'ї.

З віком властиві цим особам особливості, зазвичай, підсилюються. Хворі стають більш консервативними та ригідними, нетерпимість до іншої думки переростає в них у відкриту ворожість. Акцентована принциповість набуває характеру прискіпливості, перетворюється в дріб'язковий педантизм. "Боротьба за справедливість" розвивається в зв'язку з незначними подіями, які зачіпають егоїстичні інтереси цих осіб. Схильність до легко виникаючих і домінуючих ідей, що стосуються афективно значущих переживань, як правило, поєднується з вузькістю мислення, його конкретністю, часто поверхневістю уявлень, банальністю і трафаретністю висловлювань і розумових висновків.

На фоні конфліктних відносин у психопатичних осіб паранояльного типу дуже загострюються недовірливість, підозрілість, схильність до фантазування.

Афективна охопленість у таких випадках визначає однобічну оцінку дійсності, своєрідний відбір та інтерпретацію різних подій на підтвердження власної точки зору. Внаслідок цього виникаючі підозри все більше укріплюються, обростають "доказами", набувають маячного забарвлення. Таким чином, у психопатичних осіб у несприятливих умовах може розвинути паранояльне маячення, зміст якого тісно пов'язаний з психотравмуючими обставинами (сутяжно-паранояльний розвиток, маячення ревнощів, винахідництва й ін).

У хронічних психотравмуючих умовах паранояльні переживання хворих можуть розширюватись і систематизуватись, набуваючи стійкого малокурабельного характеру (стан параної або паранояльний стан).

Діагностика. При розпізнанні психопатій потрібно враховувати те, що особливості характеру проявляються не стільки у висловлюваннях хворого, скільки у його реакціях, вчинках та поведінці в цілому. Тому при встановленні діагнозу психопатії враховують об'єктивні відомості про хворого.

Найважливіша діагностична ознака при встановленні діагнозу психопатії — відсутність прогредієнтності. Це важливо для відокремлення психопатій від психопатоподібних станів, які можуть виникати на початку прогредієнтних психічних захворювань (таких, як шизофренія) або в результаті легких органічних змін психіки: під впливом травм, інфекцій та інтоксикацій, судинної та ендокринної патології.

Для компенсації та лікування психопатій необхідне правильне виховання, усунення психогенних травм, психотерапія, соціальна реабілітація і т. ін.

Неврастенія. Види неврастеній

Неврастенія - одна з найпоширеніших «хвороб цивілізації». Це психогенне захворювання споріднене неврозам. Головна його характеристика - стан «дратівливої слабкості». Друга назва неврастенії - «синдром хронічної втоми» - дуже вдало характеризує основні її ознаки. Хворі неврастенію дуже легко стомлюються, а потім насилу відновлюють сили, як фізичні, так і психічні.

Згідно зі статистичними даними, до 5% населення схильні неврастенії. В основному це люди 20-40 років, рідше вона зустрічається у дітей.

Умови виникнення неврастенії

Неврастенія виникає в основному при поєднанні наступних особистісних особливостей і робочих обставин:

Підвищена відповідальність, «синдром перфекціоніста» - людина прагне досягти максимуму в роботі, особистому житті, суспільстві.

Високі навантаження у всіх областях життя - складні і численні обов'язки на роботі, необхідність допомагати родичам, підтримувати соціальний статус.

Обмеженість часу. Замовлення потрібно виконувати «на вчора», рішення приймати терміново, проблеми вирішувати зараз же.

Діючи в сукупності, ці фактори викликають надзвичайний перенапруження психічних сил і подальше їх виснаження, яке і проявляється як ознаки неврастенії.

Клініка неврастенії. Розвиток хвороби відбувається поступово, у міру виснаження резервів нервової системи. Одними з перших симптомів неврастенії з'являється гіперестезія і дратівливість. Вони змінюються стомлюваністю, слабкістю і виснаженням нервових процесів. Навіть тривалий відпочинок не призводить до повного відновлення сил. Фізичні прояви супроводжуються психологічними - апатією, депресією, частими змінами настрою. У розвитку симптомів неврастенії можна виділити ряд послідовних фаз, які відповідають клінічним формам: Гіперстенічна фаза. Фаза дратівливо слабкості. Гіпостенічна фаза. Гіперстенічна фаза

У більшості випадків з неї починається розвиток захворювання. Основні ознаки неврастенії на цій стадії - швидка стомлюваність, відчуття занепаду сил, дратівливість. Велике значення в клініці неврастенії має гіперестезія - підвищена чутливість до зовнішніх і внутрішніх подразників. У поєднанні з минушими вегетативними розладами та іпохондрической схильністю це призводить до великої кількості різноманітних скарг і симптомів. Навіть нормальні фізіологічні процеси через підвищеної чутливості сприймаються як надмірні, хворобливі. Всі відчуття хворий описує як дуже інтенсивні. Іноді гіперестезія настільки виражена, що заважає нормальному сну. Навіть саме почуття втоми сприймається як надзвичайно сильне. Хворий уникає яскравого світла, різких звуків, навіть скупчення людей викликають у нього дискомфорт.

Гіперестезія викликає також різноманітні соматичні скарги - болі в животі, в серці, задишка, відчуття серцебиття, шум у вухах, відчуття котрі бігають мурашок.

На цій стадії хворі не можуть зосередитися на одній справі, через що страждає якість роботи. Їх увагу легко скаче з однієї справи на іншу, робляться численні безуспішні спроби закінчити розпочаті справи.

Незважаючи на значні витрати часу робота практично безрезультатна. На цій стадії важливо звернути увагу на симптоми і запідозрити, що у людини починається неврастенія. Лікування в домашніх умовах гіперстеніческой форми можливо і цілком успішно.

Медикаментозне лікування на цій стадії не показано. Добре зарекомендували себе поєднання режимних заходів та психотерапії. Хворого бажано тимчасово звільнити від роботи.

Виробляється корекція режиму відпочинку і харчування з метою максимального відновлення сил. Обов'язкові фізичні вправи - починаючи з легких, наприклад прогулянок, з поступовим переходом до досить активним - біг, лижі, веслування, фітнес і подібне. Психотерапевтичне лікування неврастенії передбачає визнання існування проблеми, зниження тривожності, прийняття себе та умов життя «як є». Надалі відбувається поступове повернення до нормального життя і колишнього рівня активності.

Стадія дратівливої слабкості

Найяскравіша, вона і дала характеристику всьому захворюванню. Саме на цій стадії виражено позитивний тест на неврастенію. Більшість пацієнтів звертаються за допомогою також в цій фазі захворювання.

На тлі зберігаються симптоми першої стадії неврастенії посилюється відчуття втоми, воно займає чільне місце в житті хворого. Різко вираженою стає дратівливість. При цьому короткі періоди активного вираження почуттів змінюються тривалими періодами апатії і мовчазного роздратування, образи на оточуючих. Стає ще більш складним виконання робочих обов'язків, хворий не може зосередитися навіть на короткій термін. Виконання найпростішої роботи займає все більше часу. Навіть значні періоди відпочинку не приносять полегшення.

На цій стадії часто з'являється безсоння. Підвищена чутливість до звуків, світла, життєдіяльності організму заважає заснути. Згодом додається очікування проблем зі сном. Якщо хворому вдається заснути - сон неглибокий, нетривалий, з безліччю тривожних сновидінь. Відповідно в денний час хворий сонливий, млявий, відчувається виснаженим, розбитим. У цій фазі захворювання обов'язково є вісцеральні симптоми. З боку серцево-судинної системи це нестійке, з періодами підвищення і пониження, артеріальний тиск, головні болі, запаморочення, серцебиття і болі в серці. З боку шлунково-кишкового тракту - порушення апетиту, болю в животі, розлади стільця. Можлива задишка, порушення в статевій сфері.

На цій стадії лікування симптомів неврастенії комплексне і більш тривалий, ніж на першій. На першому місці як і раніше режимні та психотерапевтичні заходи. Може знадобитися більш тривалий відпочинок, фізіотерапевтичне лікування неврастенії. Препарати, застосовувані на цій стадії - ноотропи, адаптогени, рослинні седативні і снодійні. Це такі препарати,

як настоянка аралії, женьшеню, родіоли рожевої, пустирника. З натрапив найчастіше призначається пірацетам, із заспокійливих - афобазол. Необхідність в транквілізаторах або снодійних вкрай рідкісна.

Гіпостенічна фаза

Розвивається в результаті крайнього виснаження можливостей нервової системи. Можливо первинне розвиток гіпостенічної фази у людей зі слабким типом вищої нервової діяльності. У хворих при цьому постійно знижений фон настрою, з вираженою апатією, тривожністю і негативізмом. Спостерігаються перепади настрою, плаксивість. Хворі фіксовані на своїх відчуттях, іпохондричність, потребують уваги з боку оточуючих.

Питання «як вилікувати неврастенію?» На цій стадії вимагає активного втручання профільних фахівців - психолога, психіатра, терапевта. При виражених порушеннях в роботі соматичних органів - можливо, буде потрібно госпіталізація. Розширюється асортимент медикаментозних препаратів для лікування неврастенії. Крім використовуваних на другій стадії може виникнути необхідність підключити нейролептики.

Неврастенія у дітей. Із збільшенням інформаційного навантаження, підвищенням вимог з боку суспільства все частіше в педіатрії зустрічається діагноз «неврастенія». Симптоми її у дітей аналогічні таким у дорослих, основний критерій діагнозу також стан «дратівливої слабкості».

Частіше захворювання схильні честолюбні діти, які прагнуть максимально добре вчитися, відвідувати додаткові заняття та спортивні секції для схвалення з боку оточуючих.

Неврастенічного діти плаксиві, примхливі, полохливі. Вони уникають спілкування. Батьки відзначають, що у них знижується успішність, зменшується кількість друзів. Неврастенія у дітей проявляється і зовні - блідістю з синявою під очима, схудненням. Можливі й різні вегетативні розлади - пітливість, тремтіння в пальцях, підвищення шкірної чутливості. Діти скаржаться на головні болі, біль у животі, порушення стільця. Частіше симптоми неврастенії у дітей з'являються на тлі перенесених в ранньому віці порушень роботи нервової системи - гіпоксії в пологах, постгіпоксического ураження, глибокої недоношеності. Однак при надмірному стомленні можливий розвиток неврастенії у абсолютно здорової дитини.

Як і у дорослих, у дітей неврастенія проявляється двома основними групами симптомів: дратівливістю, імпульсивністю і нервозністю або стомлюваністю, слабкістю і апатією, причому перший варіант перебігу може переходити в другий при виснаженні нервових процесів.

Підхід до того, як лікувати неврастенію, у дітей аналогічний такому у дорослих пацієнтів. В першу чергу необхідний раціональний режим праці та відпочинку, регулярні фізичні навантаження і повноцінний сон. Медикаментозне лікування застосовується в основному у вигляді фітотерапії, при необхідності можуть призначатися ноотропи.

Прогноз захворювання у дітей сприятливий. При зміні обстановки, наявності повноцінного відпочинку і відсутності завищених вимог діти відновлюються досить швидко. Варіанти затяжного перебігу можливі при ранньому початку або при наявності неважких органічних уражень мозку.

Невропатія

Невропатія - це вроджена дитяча нервовість. Дитина з таким діагнозом, за словами батьків, “не дитина, а клубок нервів”. Бабуся, яка скаржиться з приводу труднощів виховання внука, жаліється: “Мені було легше з моїми 7-ма дітьми, ніж з ним одним”. Мати у відчаї вигукує: “Доктор, допоможіть” Немає більше сил. З того дня, як я принесла сина з пологового будинку, сім'я не знає спокою ні вдень, ні вночі”. Саме дитина, яка страждає невропатією, часто залишається єдиною, оскільки батьки заявляють: “Так вимучені нею, що й думати боїмося про наступних дітей”. Причини невропатії складні. Судячи з того, що для дитини з невропатією характерні:

- фізичний інфантилізм;
- схильність до алергічних реакцій;
- недорозвинутість ряду систем і функцій організму;
- наявність ексудативно- катарального діатезу (у 88,3% дітей)

причини її заключаються в порушеннях внутрішньоутробного розвитку. Про це непрямо свідчить те, що у 56% матерів, у яких народились діти з невропатією, був токсикоз другої половини вагітності, а у 36% з них спостерігалась загроза її мимовільного переривання. В той же час виражена при невропатії вегетосудинна дистонія з підвищеним чи зниженим слиновиділенням зниженою чи дещо підвищеною т тіла порушеннями функцій внутрішніх органів, частіше шлунково-кишкового тракту

підливістю свідчать про порушення функції гіпоталамічного відділу головного мозку, який регулює життєдіяльність організму. Це підтверджується змінами на електроенцефалограмі (ЕЕГ). У таких дітей відносно часто у внутрішньоутробному періоді відмічалась гіпоксія, асфіксія - в період родів. У 63,2% матерів, які народили дітей з невропатією, мали місце важкі переживання в період вагітності. Нервувала мати - нервував плід. Таким

чином, не випадково невропатія - саме вроджена дитяча нервовість. Невропатична дитина частіше всього субтильна, граціозна, спритна, в її руках відчувається почуття ритму, рвучкість і імпульсивність, у неї жива міміка, виразні жести і поза. У неї тонкі, довгі, нервові пальці. Дитина з невропатією надміру рухлива, суєтлива, нестримана, але тривожно застигає біля матері, побачивши стороннього. Рідше дитина з невропатією диспластична і малорухлива, зневірена, плаксива, дратівлива і капризна, оскільки вона підвищено виснажлива, слабка. На її обличчі - вираз стурбованості або недитячої зосередженості. У дитини з невропатією шкіра і слизові оболонки бліді, під очима синюшність і волосся ламке, ніби прилипло до голови, її руки гарячі або холодні, вологі.

У дитини холеричного темпераменту невропатія частіше проявляється поведінковими порушеннями - вимогливістю, настирністю, негативізмом, протестними реакціями.

Сангвінік з цим діагнозом збудливий, рухливий, худенький, блідий. У нього підвищений обмін речовин, знижене слиновиділення (сухість в роті) і т.д.

Дитина флегматичного темпераменту з невропатією в'яла, слізлива, схильна до неприємних відчуттів з боку шлунково-кишкового тракту, його спазмів, до ларинго- і бронхоспазмів і т.д.

Відомий радянський психіатр Г.Є.Сухарева виділила 2 варіанти невропатії - збудливий і астенічний.

1) При збудливому варіанті дитина імпульсивна, запальна, егоїстична, рухливо розгальмована і надто рухлива, шумна, невгамовна.

2) При астенічному варіанті вона вразлива, ранима, підвищено образлива. Вона швидко втомлюється, виснажується і тоді стає капризною, плаксивою. У неї часто бувають із-за формальної недостатності порушення травлення, запори або рідкий стілець. Характерний для дітей з невропатією ексудативно-катаральний діатез виявляється при астенічному варіанті в схильності до стоматиту, захворювань верхніх дихальних шляхів, в порушеннях травлення. Батьки більше скаржаться на хворобливість такої дитини, ніж на її капризність і вимогливість.

Однак чітка грань між підвищеною збудливістю або загальмованістю є рідкою, і частіше зустрічаються переплетення того й іншого в поведінці хворого як вираз контрастності рис дитини, що страждає невропатією. Складні причини - складні і неоднозначні наслідки. Ось вона збуджена в поведінці, ось виснажилась, знітилась і викликає жаль, тривогу за неї, за її здоров'я і життя.

1) перша особливість невропатії - порушення сну. Вони відмічаються у дитини, що хворіє на невропатію з перших місяців життя. Спить вона лише в певних умовах - в повній тиші, при включеному нічнику, на руках, при погойдуванні. Сон її чутливий, неспокійний. Дитина прокидається дуже часто, обов'язково з криком, плачем. Часто в неї "спокійне безсоння": вона грається вночі, ніби зовсім не потребує відпочинку, протестує при спробах вкласти її, заколисати або страждає від намагань заснути, знайти зручну позу в ліжку. Вві сні вона метається, збиває простирadlo, скидає ковдру, щохвилини із схлипуванням змінює позу. Поправивши ковдру і вклавши її нормально, мати через хвилину знаходить дитину, яка лежить на ковдрі поперек ліжка або з ногами на подушці. Волосся у неї злипається від поту. Іноді вона плутає день і ніч, засипає лише опівночі і спить до полудня. В 1-1,5 року таке немовля відмовляється від денного сну. При астеничному варіанті невропатії діти сонливі, але сон їх такий же неспокійний, як і в збудливих дітей. Сон у невропатичних дітей налагоджується лише до трьох років життя.

2) друга особливість - порушення годування. Дитина з невропатією звичайно вже в 1,5 міс. відмовляється від грудей, а якщо і бере їх, то з неохотою, ліниво, відволікаючись. Один швидше грається грудьми, ніж смокче, інший веде себе агресивно, кусає груди, неспокійний, ніби материнське молоко гірке. Мати такої дитини нерідко помічає у неї злий плач, рвучкість рухів біля грудей.

Нерідко дитина з невропатією швидко втомлюється при годуванні або втрачає інтерес до нього. Починаються переживання батьків, пов'язані з поганим апетитом дитини. Зригування, блювота, відмова від їжі виснажують батьків. Поганий апетит зберігається до 7-8 років.

Невропатична дитина не лише мало їсть, але й погано жує. У неї в такому випадку мало слини і їй не проковтнути кусок твердої їжі. Кмітлива мати ставить на стіл стакан води, і дитина щохвилини запиває їжу. Вона здатна грати і навіть заснути з куском за щокою, і, намагаючись не допустити цього, мати вимагає, щоб після їжі маля відкрило рот. На нову незвичну їжу у неї буває блювота, іноді вона довго відмовляється від м'яса (вегетаріанець поневолі), від твердої їжі або їсть щось одне - або сосиски, або макарони, або хліб з маслом і оселедцем.

3) Третя особливість невропатії - порушення дефекації і сечовиділення. Регуляція фізіологічних відправ дитини невропата - постійна проблема її виховання.

Стілець у неї частий, а частіше - затримка.

Маля з невропатією нерідко відмовляється від горшка і до 2-4 років при потребі забивається в куток, де й відбувається дефекація в штанці. Сечовиділення у неї, як правило, часте, вона часто хворіє денним і нічним нетриманням сечі (енурез); іноді у неї зустрічаються і затримка сечовиділення.

4) четверта особливість - контрастність поведінки. Дитина з невропатією контрастна в поведінці, тому що фізіологічно дисгармонійна. Вона агресивна, конфліктна, забіяка, відчайдушний сперечальник; її злий і настирний плач виводить батьків; однак така дитина і високочутлива, точно вловлює настрій матері; вона боязлива, але й безстрашна - може вступити у конфлікт, в бійку з більш сильними і навіть з дітьми, старшими за віком, не думаючи про наслідки для себе;

вона ранима і образлива, але сама ж загострює ситуацію, в якій може бути ображена;

вона сором'язлива і надойдлива; не переносить шуму і шумна сама; - виснажлива, але жадібна до інформації і засинає біля телевізора від втоми, ледве підтримуючи повіки, щоб не заплющилися очі; вона вредна, але й безхитрісна; вона боязлива, недовірлива, їй притаманний страх нового, невідомого, але вона і вкрай необережна, необачна, часто попадає в біду; аутоагресивна - кусає себе (руки), гризе нігті, наднігтеві валики, губи, байдужа до всього, що їсть і, як говорить мати, "не шкодує себе".

5) п'ята особливість - емоційна нестабільність.

Ось вона весела і раптом - гнів, сльози, надовго зіпсований настрій. Батьки говорять, що не знають, з якого боку до неї підійти і яке саме слово, чи зауваження викличе негативну емоцію, незадоволення.

6) шоста особливість - надзвичайна рухливість. Вона неспокійна на руках і в ліжку, а на прогулянці виповзає з-під ковдри. Вона ухитряється перелізти через сітку ліжка або просовує голову між прутами.

7) сьома особливість - прискорений психорозумовий розвиток.

- дитина, що хворіє на невропатію, вчиться читати самостійно, по назвах казок і вивісках магазинів, знає багато віршів;

- вона чудово орієнтується в оточуючому: швидко встановлює, хто є хто в сім'ї, кого з тих, хто приходить в сім зустрічають радісно, кого з досадою;

- хитрить, скаржиться бабі на маму, батькові на бабу, мамі на батька;

- при гостях вона з задоволенням танцює, співає, бадьоро розмовляє, саме ці діти сприймаються як вундеркінди - "чудо-діти";

- нерідко вона починає розмовляти настільки рано, що дорослі бувають

спантеличені;

- іноді у неї відмічається затримка мови, але потім в один прекрасний день її ніби пробиває, і з цього моменту вона розмовляє багато, граматично правильно;

- у невропатичних дітей часто спостерігається нечиста вимова звуків або заміна одних звуків іншими (дислалія).

8) Восьма особливість - Perezбудженість вегетативної нервової системи і алергічна схильність, що призводить нерідко до таких ускладнень, як несправжній круп, ларингоспазм, астматичний синдром. У таких дітей часто патологічні реакції на щеплення; вони чутливі до зміни погоди, змін атмосферного тиску і вологості повітря, відповідаючи вегето-судинними кризами на різні зміни метеоумов.

9) Дев'ята особливість - надчутливість невропатична дитина - свого роду принцеса на горошині. Її дратують складка на простирадлі, рубчик на трусиках, а щільний комірчик вона не терпить абсолютно;

часто невропатичних дітей турбує свербіння шкіри, волосяної частини голови, вух, промежини, і тоді вони розчісують себе до крові; надчутливі вони до запахів, і навіть звичайні запахи з кухні при приготуванні їжі викликають у них головний біль і підвищену дратівливість; шум і яскраве світло збуджують і знесилюють їх.

10) Десята особливість - часте порушення терморегуляції. у збудливих це підвищення t тіла (до 37,2-37,6), у ослаблених - знижена (до 36,0-36,2). Підвищена t частіше не відображається на їх самопочутті і виявляється випадково, але іноді може супроводжуватися відчуттям нездоров'я, і тоді їм помилково ставлять діагноз гострого респіраторного захворювання;

- разом з тим невротична дитина особливо сприйнятлива до застудних хвороб;

- тривало і часто хворіюча дитина нерідко страждає невропатією в тому випадку, якщо інші прояви цієї форми дитячої нервовості у неї виражені слабо або відсутні;

- при невропатії часто мають місце імунодефіцитні стани, які виражаються в низькій опірності до інфекцій.

Розрізняють ранню форму невропатії, яка виявляється з самого народження, і пізню, яка проявляється з 4-7 міс. і протікає важче. При пізній її формі дитина в перші місяці сонлива, "спокійна", а по суті дозріває після родів. Тоді передвісниками невропатії є атонія кишечника з запорами і метеоризмом,

погане смоктання, повільне збільшення маси тіла і загальна пасивність. Далі звичайно формується первина астеничного варіанту.

У дітей, що мають невропатію, особливо великі шанси захворіти неврозом (22,3% дітей з неврозама мали в ранньому дитинстві невропатію), як правило, його істеричною формою (у кожної другої дитини з істеричним неврозом раніше відмічалась невропатія), у зв'язку із вразливістю, ранимістю, егоїстичністю, порушеннями в спілкуванні. Хоча вони і тягнуться до ровесників, але спілкування з ними невідворотно виливається в конфлікт: у грі збудливі, надміру імпульсивні, астеничні втомлюються, і все це закінчується взаємними звинуваченнями, апеляцією до дорослих. Вимогливі до ровесників і до дорослих, егоцентричні діти з невропатією породжують неспокій всюди, де б вони не з'явилися.

Будучи симбіотично прив'язані до матері, вони буквально поневолюють її. Мати в кінці кінців не витримує і молить близьких дати їй перепочити, поїхати у відпустку одній.

Нерідко діти з невропатією схильні до шкідливих звичок: смокчуть палець, мнуть шкіру на шиї, займаються онанізмом. Особливо важкі вони в період негативізму, який в них починається раніше - з 2-х років - і триває довше - до 7-8 років. Тоді їх негативізм з невідкоренням, з агресивною вимогливістю, настирливістю, невмолимою впертістю доводить батьків до неврозу. При невропатії у дитини батьків заспокоює одне - запевнення, що до 8-11 років це пройде.

Невропатія частіше зустрічається у хлопчиків ніж у дівчаток (в співвідношенні 1,8:1), у первістків або пізніх дітей.

Виховання. Як же виховувати дітей, що мають невропатію? Отже, повернемося до вигуку: "Доктор, допоможіть!". Спілкування з невропатичною дитиною вимагає надзвичайної делікатності і такту.

1) Основні вимоги - не випещувати її, не воювати з нею, хоча вона безперервно провокує на це, але й не капітулювати перед нею.

Якщо батьки починають кричати на неї, вона буде кричати ще сильніше, доходячи до шаленства. Слід пам'ятати, що поріг збудливості у неї знижений. Те, що дорослі не сприймають, таку дитину дратує, є нестерпним для неї. Працюючий з приглушеним звуком телевізор, для неї, що спить в сусідній кімнаті, - те ж саме, що для батьків бульдозер, що працює під вікном спальні.

2) тому тиша, спокійна, стримана поведінка дорослих - умова для її спокою, стриманості. В шумній стихії така дитина знаходиться в стані постійного
перезбудження.

Отже, всі спокійні поряд з невропатичною дитиною, ніхто не підвищує голос. Її не смикають щохвилини заборонами, зауваженнями, докорами.

3) батьки повинні багато дрібниць “не помічати”, оскільки життя такої дитини стане нестерпним, якщо кожен проступок (все її життя до 7 років - суцільний проступок в очах суворих батьків) буде викликати реакцію оточуючих.

Він занадто голосно закричав від радості, збудження, зсунув килим на підлозі, стягнув скатерку і розбив посуд, що стояв на столі, порвав газету, їсть стоячи. Звичайно, все це неприємно, але у дитини вроджена дитяча нервовість, і батьки все це з розумінням не повинні помічати. Але ось він в гніві вдарив бабусю чи бере і вперто запалює сірники, чи наперекір забороні підійшов до плити, на якій кипить суп. Ось це вже проступок.

4) У випадках дійсно серйозного проступку не повинно бути місця ваганням. Йому серйозно і суворо вказують на недопустимість подібних дій.

Вся сім'я відвертається від нього, з ним ніхто не спілкується. Він впадає в істерику, але всі продовжують займатися своїми справами, ніби нічого не відбувається, і він поступово заспокоюється. Дитина з невропатією схильна до істеричного типу реагування. Він, як досвідчений дипломат, використовує будь-яку тріщину у відносинах між членами сім'ї. Ось він кидається з криком на підлогу, добиваючись свого. Батьки непохитні. Кріпиться і бабуся, але її стійкості вистачає ненадовго, і вона говорить: “Припиніть знущання над дитиною, поступіться йому”. А йому лише цього й треба. Він кричить і вимагає ще наполегливіше. Очевидно, що його демонстративна поведінка і була розрахована на бабусю.

Якщо потакання всім забажанкам дитини взагалі неможливе при вихованні, то тим більше недопустиме воно при вихованні дитини з невропатією.

5) Таку дитину ні в якому разі не можна виховувати егоцентрично, як кумира, “єдину радість”.

Його хвалять, коли він достойний похвали, але не надміру, його карають, але адекватно, його не демонструють як вундеркінда гостям. Він схильний спілкуватися з дорослими, особливо з добряками, які поступаються йому, захоплюються і замилюються ним, а йому потрібно засвоїти дуже важке для нього спілкування з ровесниками. Товариство дорослих перезбуджує його.

6) В дитячий садок йому краще піти в 5 або 6 років - в старшу чи підготовчу до школи групу. Але одного-двох товаришів-ровесників, спокійних і покладастих, для нього слід знайти до того, як він піде в дитячий садок.

7) Дитина з невропатією швидко втомлюється, тому не слід її водити на дитячі ранки, в цирк. Там вона швидко виснажиться від вражень, буде перезбуджена і це закінчиться безсонною ніччю, або вона на декілька діб вийде з ладу, буде капризнішою ніж звичайно. По телевізору можна дозволити дивитися мультики і, мабуть, все.

8) Дитина з невропатією швидко розвивається психічно, але цю тенденцію не слід заохочувати. Батьки розказують їй казки, дарують іграшки по віку, даючи інформацію її допитливому розуму, але не форсують розумовий розвиток, а приділяють більше уваги моральному вихованню. Її невтомно готують до безконфліктного спілкування з ровесниками, зміцнюють фізично.

Психологічна допомога при розладах психічного розвитку дітей

Психологові, який працює в системі освіти, часто доводиться проводити психокорекційну роботу.

Психокорекція - метод комплексного психологічного впливу на мету, мотиви та структуру поведінки суб'єкта, а також на розвиток певних психічних функцій: пам'яті, уваги, мислення.

Головне завдання - навчання та тренінг, засвоєння нових навичок поведінки, спілкування, запам'ятання тощо.

Консультування - метод психологічної допомоги, мета якого - з допомогою спеціально організованого спілкування активізувати у клієнта додаткові психологічні сили та здібності, які можуть забезпечити спосіб виходу з важкої життєвої ситуації.

Види психокоригувальної роботи:

- індивідуальне психокоригування;
- групове психокоригування,
- психотренінг;
- консультативна робота із сім'єю.

Принципи консультативно-коригувальної роботи:

- відкритість для дітей;
- співпереживання дитині та цінування її;
- терплячість до сутності дитини;
- ставлення до внутрішнього світу дитини з добротою, ласкою та ніжністю;
- конфіденційність - усе, що розповідає дитина психологові в ході бесіди, не може бути повідомлене педагогам і навіть батькам дитини. Виняток - інформація має загрозливий для життя та здоров'я оточуючих характер (наприклад, підліток повідомляє про підготовку вбивства, підпалу, втечі і т.д.); якщо інформація торкається здоров'я самого підлітка (вагітність, венеричне захворювання, вживання наркотиків, прагнення до самогубства), бажано разом

з ним прийти на консультацію до лікаря відповідного профілю та переконати підлітка розповісти про те, що сталося, батькам.

Індивідуальна та групова психологічна корекція

Індивідуальна психокорекція в найпростішому варіанті проводиться в ході психодіагностики: дитина заохочується за правильного виконання завдань, з нею разом виробляється оптимальна стратегія навчання, здійснюються спроби корекції самооцінки.

Показання для проведення:

- дошкільний вік дитини;
- наявність істотних дефектів зовнішності або тяжких соматичних захворювань;
- ситуації "швидкої допомоги" (виявлені в ході обстеження інтенсивні агресивні та аутоагресивні тенденції);
- інтимний характер проблем (потерпілі від сексуального насильства, дисморфоманії та ін.);
- кризи втрати сенсу буття;
- шизоїдна акцентуація та психопатія.

Якщо у підлітка психічне захворювання, то проводити психокорекцію психолог повинен з лікарем хворого.

Спроби психокорекції таких станів, як маячення, виражена депресія, немотивована агресія, сексуальні девіації, в умовах роботи шкільного психолога неприпустимі.

Напрями, за якими може проводитись індивідуальна психокорекція, такі.

1. Ігрова терапія (Г. Лендрет) - з дітьми 3-10 років та старшого віку за наявності в них затримки психічного розвитку або тяжких порушень спілкування. Допомагає при таких порушеннях:

- трихотиломанія (висмикування волосся);
- порушення спілкування;
- порушення емоційного стану після стресу;
- труднощі в навчанні та мовному розвитку;
- заїкання;
- висока тривожність;
- занижена самооцінка та ін.

Тривалість занять - 30-45 хв. Мета - дати можливість дитині розрядити свої переживання, дати вихід нагромадженим негативним емоціям, сформувати оптимальні навички спілкування та взаємодії.

2. Психодрама (Д. Морено) - використовується в роботі з дітьми та підлітками 10-17 років. Допомагає при:

- конфліктних ситуаціях з батьками;
- страхах;
- шкільній тривожності;
- внутрішньоособистісному конфлікті;
- нервовій анорексії;
- порушенні потягів.

Психодрама створює умови для вираження емоцій та усвідомлення можливостей по-новому оцінити ситуацію. У деяких випадках вдається змінити мотивацію поведінки або знайти нові способи досягнення мети.

3. Логотерапія (В. Франкл) - метод парадоксальної інтенції - підлітку з яким-небудь страхом чи нав'язливою ідеєю пропонують не пригнічувати його, а, навпаки, свідомо його демонструвати. Це сприяє зменшенню чи зникненню тривожності щодо такого стану, а інколи - і ліквідації самих проявів неврозу.

4. Нейролінгвістичне програмування (Р. Бендлер і Д. Гріндер) - може використовуватись у роботі з дітьми й підлітками будь-якого віку та при будь-яких формах особистісних порушень. Неefективне при вираженій розумовій відсталості; для дітей з нормальним інтелектом може використовуватися з 4-5-річного віку. Мета - зміна набутих дитиною стереотипів спілкування, навчання більш ефективних.

Групова психокорекція - успішна при: страхах, заїканні, високій агресивності, порушеннях спілкування, неадекватній самооцінці та соціальній дезадаптації, епізодичному нарковживанні.

Протипоказання для групової психокорекції:

- наявність психічних розладів (маячення, галюцинації, недоумство);
- виражена рухова розгальмованість;
- проблеми інтимно-особистісного характеру (сексуальні порушення, пережиті психотравми тощо);
- виражена шизоїдна психопатія;
- наркоманія I-II стадії;
- активне небажання підлітка працювати у групі. Принципи відбору до групи:

- 1) відносна однорідність групи за віком (різниця не більша 3-х років);
- 2) максимальна різнорідність з акцентуаціями;
- 3) у дошкільнят та молодших школярів можливе функціонування групи хлопчиків та дівчаток разом, у підлітків - краще окремо;
- 4) оптимальна чисельність групи - 5-10 осіб;
- 5) бажана закритість групи.

Перед початком роботи в групі обов'язково проводять ретельне патопсихологічне обстеження дітей, консультації з лікарем, який лікує дану дитину, згода самої дитини та її батьків на таку форму роботи.

Види психокоригувальної допомоги при порушеннях розвитку

Кожен тип порушень потребує специфічної психологічної корекції. Важливим завданням психолога є робота з батьками хворої дитини, оптимізація їх спілкування, надання розвиваючої допомоги дитині.

При *недорозвитку з переважним порушенням функції мови* необхідна специфічна стимуляція, спрямована на використання слів та речень. Мати повинна формувати в дитини потребу спілкування. Не варто негайно задовольняти кожне бажання дитини, треба дати їй можливість виразити своє прохання доступними засобами. Мати повинна сама вимовити потрібне слово, потім робиться пауза, доки дитина не повторить його. Якщо дитина робить це, мати радісно посміхається, хвалить її та задовольняє прохання. Під час ігор мати наслідує звуки, які вимовляє дитина, а потім спонукає вимовляти нові звуки та слова.

При *олігофренії* - довго не формується розуміння інструкцій, зверненої до дитини мови. Усі інструкції мають бути короткими, супроводжуватись наочним показом, жестом. Виконання інструкцій треба завжди заохочувати. У навчанні мови важливо, щоб дитина розуміла значення слів. Легше вона їх засвоює на наочному показі, за можливості маніпулювати з предметом, який називається.

При *затримці психічного розвитку* - за рівнем інтелекту ці діти в більшості випадків здатні засвоїти знання та вміння, відповідні їх вікові, але незрілість емоційно-вольової, мотиваційної сфери перешкоджає цьому. Усі заняття слід проводити в ігровій формі, максимально заохочувати прояви власних пізнавальних інтересів дитини, її самостійності. У молодшому шкільному віці багато хто з дітей цього типу не здатен самостійно виконувати домашні завдання, їм потрібна організуюча допомога дорослих. Для цих дітей особливо важливим є дотримання режиму дня, розкладу підготовки до уроків, охайне робоче місце. Поступово слід зменшувати контроль та організуючу допомогу для того, щоб до 3-4-го класу дитина могла самостійно впоратися з домашніми завданнями, виконувати доручення дорослих - сходити до крамниці, прибрати і т.д.

Вчителям та батькам слід знати, що в дітей із затримкою психічного розвитку недостатньо сформована навчальна мотивація, а засвоєння програми масової школи може бути дуже ускладненим. Тому слід максимально

заохочувати дитину за будь-які досягнення і не вимагати від неї відмінного навчання.

За необхідності можна проводити з такими дітьми психотренінгові вправи, спрямовані на розвиток уваги та пам'яті. Бажано, щоб під час цих вправ дитина інколи мінялася місцем з дорослим, виконуючи роль "тренера", "вчителя". Це допомагає їй зрозуміти специфіку навчальної діяльності, необхідність дисципліни у школі.

Вчителям та батькам слід знати, що в дітей із затримкою психічного розвитку недостатньо сформована навчальна мотивація, а засвоєння програми масової школи може бути дуже ускладненим. Тому слід максимально заохочувати дитину за будь-які досягнення і не вимагати від неї відмінного навчання.

При *органічних ураженнях центральної нервової системи* навчальна і розвиваюча функція навчання має бути спрямована на компенсацію дефекту, максимальне використання збережених можливостей психіки. Так, при порушеннях моторного розвитку дитини, церебральних паралічах проводяться масаж, стимуляція активних дій із предметами. Мати показує малюку іграшку, виконує дії, супроводжуючи їх словами та реченнями. Таким чином дитина набуває мовних вражень, у неї розвивається здатність наслідувати рухи та мову оточуючих. Але не слід спонукати таких дітей до мовлення. Інструкції типу "скажи", "повтори" можуть викликати в них спазм мускулатури, посилення мимовільних рухів.

Для дітей з *порушеннями працездатності (підвищеній втомлюваності, утрудненій впрацьовуваності)* особливе значення мають психогігієнічні заходи: чіткий режим дня, достатній сон, наявність відпочинку, пауза під час виконання домашніх завдань.

При *міжпівкульній дисфункції* діти потребують допомоги в ході засвоєння абстрактних, особливо математичних, понять. Тому їх важливо навчити фіксувати головне в завданні, його умову, малювати "ілюстрації" до засвоєної теми. Це дає змогу досягти більшого розуміння дитиною та допомагає дорослому проконтролювати її знання. Рекомендують також вправи психотренінгу.

Діти з *викривленим психічним розвитком, раннім дитячим аутизмом* потребують спеціальної допомоги психолога, спрямованої не лише на корекцію та розвиток психіки дитини, а й формування нормальної системи стосунків дитини з батьками. Опис системи цієї роботи поданий у книгах А. Співаковської.

Основним методом корекції в роботі з такими дітьми виступають ігрові заняття. Їх мета є встановити всебічний контакт з дитиною, створити стійку спільну гру, розвинути навички спілкування.

За тяжких ступенів аутизму (I-II рівні) можна застосовувати процедуру холдингу, під час якої мати тривалий час тримає дитину обличчям до себе, долаючи її опір, лагідно розмовляючи з нею. Батьки мають враховувати схильність своєї дитини до стереотипів, її жах, коли виникають зміни оточення, режиму дня. Будь-які зміни слід запроваджувати поступово, обов'язково пояснюючи, навіщо вони. Важливо створювати умови для розвитку рухів дитини з аутизмом: драбинка, канати, гойдалки. У багатьох дітей цього типу пізно формуються навички самообслуговування; батькам слід приділяти цьому додаткову увагу, заохочуючи самостійність дитини, її побутову орієнтованість.

Психотренінг

Це комплекс вправ, спрямованих на розвиток психічних процесів: уваги, пам'яті, мислення та ін. Широко застосовується для поліпшення успішності в дітей із затримкою психічного розвитку. Заняття можуть проводитись індивідуально або в невеликих групах (3-6 чол.). Тривалість заняття 30-45 хв. Окремі вправи можна включати й у хід звичайного уроку та застосовувати в роботі вдома (з батьками). Як наочні матеріали бажано використовувати альбоми типу "Розвивайте розум дітей" Ю. Гільбуха.

Важливим та часто застосовуваним видом психотренінгу є аутогенне тренування - активний метод психопрофілактики та психогігієни, який підвищує можливість саморегуляції довільних функцій організму.

Аутогенне тренування з успіхом використовується при неврозах, психосоматичних захворюваннях, станах тривоги, розладах сну тощо.

Протипоказання: стан гострого психозу, порушення свідомості, низький інтелектуальний рівень, дошкільний вік дитини.

Навчання аутогенного тренування проводиться переважно в групі для того, щоб її члени надалі застосовували його самостійно в міру виникнення потреби.

Заняття вимагає певного приміщення й обладнання. Приміщення має бути добре провітрюваним і теплим, ізольованим від зовнішнього шуму. Бажаним є несліпуче освітлення. Умеблювання: м'які крісла з підлокітниками та кушетка з подушками. Бажана також наявність магнітофона або іншої музичної апаратури. Одне заняття триває 30-40 хв., курс розрахований на 9-10 занять з частотою 2-3 рази на тиждень.

Результативність аутогенного тренування вимірюється здатністю особи підтримувати бажаний бадьорий стан протягом дня і спокійно засинати ввечері.

Будь-які корекційні та тренінгові заняття може проводити психолог, який має відповідну кваліфікацію, пройшов підготовку на курсах, прослухав тренінг-семінари з обраного ним типу коригувальної роботи.

Використання методів, які включають біоенергетичний вплив або викликають зміни станів свідомості в дітей та підлітків, неприпустиме.

Ключові поняття теми: психіка, порушення психічного розвитку, порушення психічної діяльності, патопсихологічне обстеження, психічні особливості, діагностика, соціальна ситуація розвитку, первинний дефект, вторинний дефект, корекція, методи дослідження психічних процесів, спостереження, бесіда, тест, аутизм, викривлений розвиток психіки, епілепсія, психічна загальмованість, дисфорія, невроз, фрустрація, психопатія, характер, темперамент, неврастенія, фази неврастенії, невропатія, психокорекція, психокоригувальна робота, консультування, терапія, психодрама, логотерапія, нейролінгвістичне програмування, психотренінг.

Запитання для самоконтролю

1. Що необхідно враховувати у патопсихологічному обстеженні дітей?
2. Які завдання стоять перед психологом у дослідженні психіки дитини?
3. Як саме реалізовується проблемний підхід до дослідження психіки дитини?
4. Які висновки може робити психолог на основі даних дослідження порушень психічної діяльності дитини?
5. Як саме можна змінювати соціальну ситуацію розвитку дитини?
6. У чому полягають особливості проведення спостереження за дітьми з метою дослідження порушень у психічному розвитку?
7. Які існують типи ушкодженого психічного розвитку?
8. У чому причини виникнення ушкодженого психічного розвитку?
9. Які психологічні зміни можуть статися у хворих на епілепсію? Чому необхідні динамічне спостереження й раннє виявлення?
10. Які психологічні механізми лежать в основі раннього дитячого аутизму?
11. У чому полягає значущість роботи з родиною дитини з РДА?
12. Як проявляється невропатія у дітей?
13. Які види психокоригувальної роботи здійснює психолог на основі результатів, отриманих у ході патопсихологічного дослідження?
14. Яких принципів консультативно-коригувальної роботи повинен дотримуватися психолог?
15. Як саме може проводитись індивідуальне психокоригування?

16. У яких випадках проводять групове психокоригування?
17. На що слід звернути увагу під час коригування в разі недорозвитку з переважним порушенням функції мови?
18. На що слід звернути увагу в процесі коригування при ранньому дитячому артизмі?
19. У чому суть психотренінгу?
20. Чи може психолог, надаючи психологічну допомогу дітям, підліткам з порушеннями психічного розвитку, застосовувати біоенергетичний вплив?
21. Чи можна “комплекс поживлення” немовляти розглядати як критерій його психічного здоров'я?
22. Які інші психологічні новоутворення дитини (від народження до трьох років) можна розглядати як критерії її психічного здоров'я?
23. Які порушення психічного розвитку можуть спостерігатись у новонароджених, немовлят, дітей раннього віку?
24. Як проявляється невропатія у дітей?
25. У чому полягають аутичні прояви?
26. Як проявляються гіпердинамічні розлади в дітей?
27. Які психосоматичні розлади характерні для новонароджених, немовлят, дітей раннього віку?
28. Внаслідок чого може порушуватися розвиток особистості молодшого школяра?
29. Які існують типи ушкодженого психічного розвитку?
30. У чому причини виникнення ушкодженого психічного розвитку?
31. Які психологічні зміни можуть статися у хворих на епілепсію? Чому необхідні динамічне спостереження й раннє виявлення?
32. Які психологічні механізми лежать в основі раннього дитячого аутизму?
33. У чому полягає значущість роботи з родиною дитини з РДА?

Завдання для самостійної роботи

1. Складіть перелік рекомендацій щодо проведення бесіди з дітьми з метою з'ясування порушень у психічному розвитку.
2. Назвіть методи, за допомогою яких досліджують увагу, сенсомоторну сферу та наочно-дійове мислення дошкільнят.
3. Наведіть приклади специфічних форм прояву емоційно-вольової сфери дітей.
4. Обґрунтуйте причини порушень психічного розвитку дітей шкільного віку.
5. Назвіть критерії первинної діагностики порушень мовлення, читання, писання.

6. Назвіть показання для проведення індивідуальної психокорекції.
7. Назвіть протипоказання для групового психокоригування.
8. Охарактеризуйте психологічні особливості дошкільнят та молодших школярів у нормі.
9. Охарактеризуйте види порушень особистості.
10. Поясніть суть диграфії, її причини.
11. Дайте рекомендації батькам дитини, в якій з'явилися труднощі в оволодінні письмом.
12. Поясніть суть дислексії, її причини.
13. Дайте рекомендації батькам дитини, в якій з'явилися труднощі у виробленні навички читання.
14. Поясніть суть дискалькулії, її причини.
15. Дайте рекомендації батькам щодо запобігання дискалькулії дітей.
16. Назвіть типові поведінкові реакції дітей, які містять у собі небезпеку переростання в патологічні.
17. Назвіть та охарактеризуйте види психопатій.
18. Поясніть, чим відрізняється неврастенія у дітей від неврастенії у дорослих?
19. Проаналізуйте, чому на Вашу думку, нейролінгвістичне програмування використовується з 4-5 років?
20. Опишіть проблеми та перспективи організації спеціальних форм навчання й виховання дітей із відхиленнями в розвитку та поведінці.
21. Охарактеризуйте психологічні особливості дошкільнят та молодших школярів у нормі.
22. Дайте рекомендації батькам дитини в якій виникли труднощі у спілкуванні з однолітками.
23. Дайте коротку характеристику психологічних особливостей дітей дошкільного віку
24. Опишіть розлади аутичного спектру.
25. Назвіть критерії первинної діагностики порушень мовлення, читання, писання.
26. Назвіть види відкритих спеціальних навчальних закладів для дітей із відхиленнями у розвитку.
27. Охарактеризуйте класи та школи для дітей із ЗПР. Охарактеризуйте допоміжні школи.
28. Охарактеризуйте школи-інтернати для дітей з психоневрологічними захворюваннями.

29. Охарактеризуйте закриті спеціальні навчальні заклади для неповнолітніх із відхиленнями у поведінці.

30. Опишіть проблеми та перспективи організації спеціальних форм навчання й виховання дітей із відхиленнями в розвитку та поведінці.

Психологічні задачі

1. На консультації у психолога сорокарічний чоловік з болем у голосі говорить: «Я відчуваю якийсь вакуум у житті. Спочатку професія мені подобалась, намічались перспективи кар'єрного просування. Далі непорозуміння з дружиною змусили мене ще більше заглибитись у роботу, яку сприймав як віддушину. Здавалось, начальство цінувало мої старання, я періодично отримував премії. Однак, коли з'явилась чергова вакансія на підвищення, вибрали не мене. Охопила хвиля розчарування, відчаю, далі байдужість».

Яке психологічне явище відображає розповідь чоловіка? З'ясуйте причини переживання ним цього явища.

2. Хворі з пошкодженням потилично-тім'яних відділів лівої півкулі головного мозку не можуть побудувати конструкцію з кубиків за зразком, хоча розуміють загальний принцип побудови і мають відповідний намір. По-іншому поведуть себе хворі з пошкодженнями лобових часток мозку. Їм неважко знайти необхідні просторові відносини, але вони не можуть спланувати сам процес побудови. Ці хворі не роздумують над умовами задачі і не виявляють ставлення до власних помилок.

Як ці дані характеризують мислення? Соціальним чи природним явищем воно є?

3. Молода малоосвічена німкеня, захворівши на лихоманку, у маренні заговорила грецькою, латинською і давньоєврейською мовами. З'ясувалася, що дівчина жила у пастора, який часто читав книги вголос. Проте одужавши, вона навіть не підозрювала, які багатства зберігає її пам'ять. Аналогічний випадок стався з камердинером іспанського посла в Парижі, який у маренні виголошував дипломатичні промови.

Про що свідчать подібні факти? Що вони дають для розуміння природи і механізмів пам'яті?

4. Хлопчикові 7 років. Нещодавно в сім'ї з'явився малюк і, природно, вся увага була переключена на нього. У перші ж ночі появи другої дитини у хлопчика стало відзначатися нетримання сечі. Зазначено, що в гостях у бабусі (протягом тижня) і дядька (протягом літа) нічного нетримання сечі не відзначалося. При поверненні додому енурез з'явився знову. *Завдання:*

Поставити діагноз, визначити реабілітаційну тактику. (Відповідь: істеричний невроз).

РОЗДІЛ III. МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ПСИХОЛОГІЧНОГО КОНСУЛЬТУВАННЯ

3.1. СПЕЦИФІКА ПСИХОЛОГІЧНОГО КОНСУЛЬТУВАННЯ

Психологічне консультування як напрям практичної психології.

Мета та завдання психологічного консультування.

Принципи психологічного консультування.

Умови проведення психологічного консультування.

Види психологічного консультування

Інтерв'ю як основний метод психологічного консультування.

3.2. ПРОБЛЕМИ ПСИХОЛОГІЧНОГО КОНСУЛЬТУВАННЯ

Сфери психологічного консультування.

Психологічне консультування з проблем освіти.

Психологічне консультування з проблем управління.

Психологічне консультування з проблем ринку та підприємництва.

Психологічне консультування тривожних клієнтів, клієнтів з реакціями страху та фобіями.

Психологічне консультування клієнтів із депресією та суїцидальними намірами.

Психологічне консультування клієнтів, які переживають провину.

3.3. ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОГО КОНСУЛЬТУВАННЯ ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ ТА ЇХ БІТЬКІВ

Специфіка роботи консультанта з тривожністю дітей дошкільного та молодшого шкільного віку.

Специфіка роботи консультанта з фобіями дітей дошкільного та молодшого шкільного віку.

Специфіка роботи консультанта зі страхами дітей дошкільного та молодшого шкільного віку.

Специфіка консультування дітей дошкільного та молодшого шкільного віку при переживанні втрати: у випадку смерті близької людини, у випадку розлученні батьків.

Специфіка консультування дітей дошкільного та молодшого шкільного віку, які переживають провину.

Проблеми психологічного консультування батьків, які виховують дітей дошкільного та молодшого шкільного віку.

3.1. СПЕЦИФІКА ПСИХОЛОГІЧНОГО КОНСУЛЬТУВАННЯ

Психологічне консультування - це один з видів професійної діяльності психолога. Воно вимагає серйозної теоретичної і практичної підготовки. Психологічне консультування є процесом, в якому взаємодіють і проживають частину свого життя двоє: клієнт і консультант. Цей процес динамічний, у ньому можливі успіхи і невдачі з обох сторін. Консультант працює з проблемами повсякденного життя, в яку включена особистість клієнта. Це можуть бути і труднощі розвитку та адаптації, і труднощі прийняття рішення, труднощі життєвого вибору, складності переживання кризових періодів, складності у взаєминах з людьми, викликані акцентуаціями характерів, захворюваннями, труднощі особистісного зростання і вдосконалення. Широке коло таких проблем і становить предмет психологічного консультування.

Теорія, якою користується психолог, задає принципи для консультування, так само як і для будь-якого іншого виду психологічної допомоги.

Найважливіше у всіх різноманітних підходах до теорії і практики консультування - це індивідуальна та культурна емпатія, спостережливність психолога, його оцінка особистості та соціального середовища, застосування методів позитивного зростання і розвитку.

Мета психологічного консультування - культурно-продуктивна особистість, що володіє почуттям перспективи, діє усвідомлено, здатна розробляти різні стратегії поведінки і здатна аналізувати ситуацію з різних точок зору.

Головне завдання психолога-консультанта полягає в тому, щоб створити для нормального, психічно здорового клієнта умови для створення ним усвідомлених нешаблонних способів дії, які дозволили б йому діяти відповідно до можливостей культури.

Психологу-консультанту треба вступити в таку взаємодію з клієнтом, щоб він зміг знайти нові способи дії, нові переживання, нові думки, нові цілі для подальшого життя.

При цьому психолог, незалежно від його теоретичної орієнтації, використовує у своїй роботі такі поняття, як життя, сенс життя, місце людини в житті, цінності, індивідуальність.

Психологічне консультування як напрям практичної психології

Психологічне консультування є особливим видом діяльності практичного психолога. На думку Р. С. Немова, Ю. Е. Альошиної, Г. С. Панка,

В. М. Федорчука та ін., психологічне консультування суттєво відрізняється від індивідуальної та групової психотерапії, психокорекції і водночас пов'язане з усіма видами діяльності практичного психолога.

Сутність психологічного консультування полягає в наданні спеціалістом-психологом на основі спеціальних професійно-наукових знань безпосередньої психологічної допомоги через створення умов, за яких клієнт відкриває (усвідомлює) нові можливості у розв'язанні своїх психологічних проблем.

Психологічне консультування відрізняється від інших видів діяльності практичного психолога рядом особливостей.

Зокрема, психологічне консультування носить короткочасний і епізодичний характер особистих контактів психолога і клієнта, тоді як різні методики психотерапії розраховані на тривалий період роботи з клієнтом.

Якщо психологічне консультування орієнтоване на допомогу клієнтові в реорганізації його міжособистісних стосунків, то психотерапевтичний вплив орієнтований на розв'язання глибинних проблем особистості.

При проведенні психологічного консультування психолог-консультант дає поради клієнту, але їх практична реалізація є справою клієнта. При психотерапії ж активні дії, спрямовані на подолання проблем клієнта, здійснює психолог, а клієнт лише реагує на них, або сприймає ці впливи. При психокорекції, яка пов'язана з психологічним консультуванням, основна робота найчастіше проводиться клієнтом самостійно за відсутності психолога або без прямої й постійної взаємодії з ним.

Психодіагностика розглядається і як складова консультування. Психодіагностика в консультуванні спирається на результати безпосереднього спостереження за клієнтом, узагальнення отриманих даних. Здійснюється психодіагностика на початку консультування без застосування спеціальних психологічних тестів і потребує значно менше часу, ніж при психокорекції.

Мета та завдання психологічного консультування

Метою психологічного консультування є допомога клієнтові у дослідженні власної особистості, у розумінні своїх стосунків з оточуючим світом, оцінці своїх проблем та в пошуку альтернативних варіантів їх подолання.

Ця мета реалізовується через розв'язування таких основних завдань (за Р.С.Немовим) :

1. Конкретизація (з'ясування) проблеми, з якою зустрівся клієнт. Це завдання полягає у вислуховуванні клієнта, спостереженні за ним. Внаслідок

використання спеціальних прийомів вислуховування консультант приходиться до висновку про те, в чому проблема клієнта.

2. Інформування клієнта про сутність проблеми, яка виникла у клієнта, про реальний ступінь її серйозності. Тобто консультант не лише аргументовано пояснює клієнту, в чому полягає його проблема, але й пояснює, чому ця проблема виникла і як її можна практично вирішувати.

3. Вивчення психологом-консультантом особистості клієнта. Таке вивчення дозволяє з'ясувати, наскільки повно і глибоко розуміє клієнт свої проблеми та наскільки готовий до її розв'язування.

4. Чітке формулювання порад і рекомендацій клієнту з приводу того, як найкраще розв'язати проблему. При цьому враховуються індивідуальні особливості клієнта та специфіка розуміння проблеми психологом. Поради та рекомендації повинні бути простими, короткими та зрозумілими клієнту, а також придатними до виконання в реальних умовах життя клієнта та з відповідним контролем з його боку.

5. Не завжди клієнт може одразу і з розрахунком на успіх перейти до реалізації порад і рекомендацій, отриманих від психолога. Інколи через недосвідченість та невміння клієнт припускається помилок і потребує оперативної допомоги з боку психолога. Тому завданням психолога-консультанта є надання допомоги клієнту у вигляді додаткових практичних порад, які пропонуються тоді, коли він вже розпочав розв'язання проблеми.

6. Якщо з тих чи інших причин клієнт відмовляється від виконання порад та рекомендацій, які надає психолог, то останній не несе відповідальності за кінцевий практичний результат психологічного консультування, а лише за правильність даних рекомендацій.

7. Навчання клієнта тому, як найкраще уникнути в майбутньому подібних проблем. Це, зокрема, одна із задач психопрофілактики. Розв'язуючи її, психолог-консультант домагається того, щоб клієнт самостійно міг попереджувати повторне виникнення подібної проблеми.

8. У ході психологічного консультування відбувається також психолого-просвітницьке інформування клієнта. Воно полягає у передачі клієнту елементарних, життєво необхідних психологічних знань та вмінь, оволодіння й правильне застосування яких можливе клієнтом без спеціальної психологічної підготовки.

Критерієм ефективності психологічного консультування, на думку Г. С. Абрамової, є поява в іншій людині (клієнта) нових переживань з приводу своєї проблеми.

Принципи психологічного консультування

Для забезпечення результативності та ефективності психологічного консультування необхідно дотримуватися таких його принципів:

- принцип доброзичливого й безоцінного ставлення до клієнта, що передбачає вияв емоційної теплоти й поваги, вміння прийняти клієнта таким, яким він є, не оцінюючи й не засуджуючи його норми і цінності, стиль життя і поведінку;

- забезпечення конфіденційності зустрічі. Цей принцип означає, що психолог зберігає у таємниці все, що стосується клієнта, його особистих проблем і життєвих обставин (крім випадків, передбачених законом, про що клієнт попереджається психологом);

- принцип добровільності, що означає, що клієнт сам звертається до психолога, оскільки суб'єктивно відчуває труднощі у своєму житті та мотивований до сприйняття психологічної допомоги;

- принцип професійної мотивованості консультанта означає, що він захищає інтереси клієнта, а не інших осіб чи організацій, не бере бік жодного з учасників конфлікту, уникає упередженого ставлення;

- принцип відмови психолога від порад чи рецептів. Завданням є посилення відповідальності клієнта за те, що з ним відбувається, спонукання його до активності в аналізі проблем, у пошуку виходу з кризи;

- розмежування особистих і професійних відносин. Психолог не може вступати з клієнтом у будь-які особисті стосунки. Психолог не може встановлювати дружні стосунки з клієнтом, а також надавати допомогу друзям чи родичам.

Умови проведення психологічного консультування

Реалізація принципів психологічного консультування можлива за таких умов (за Р.С.Немовим) :

1. Клієнт, який звертається до психолога, повинен мати реальну проблему психологічного характеру та усвідомлюване бажання якнайшвидше її вирішити.

2. Консультант-психолог, до якого звернулися за допомогою, повинен мати досвід психологічного консультування і відповідну професійну психологічну підготовку.

3. Витрати часу на консультування повинні бути достатніми для розуміння і пошуку оптимального розв'язку проблеми, яка хвилює клієнта, а також для успішного її подолання спільно з клієнтом.

4. Клієнт повинен точно дотримуватися наданих психологом-консультантом рекомендацій.

5. Створення сприятливого і відповідного психологічному консультуванню клімату.

Види психологічного консультування

Оскільки психологічного консультування потребують різні люди і звертаються за допомогою з різних проблем, то психологічне консультування можна поділити на види залежно від індивідуальних особливостей клієнтів і тих проблем, з приводу яких вони звертаються за психологічною допомогою.

Виділяють такі **види** психологічного консультування :

- інтимно-особистісне консультування;
- сімейне консультування;
- психолого-педагогічне, психолого-управлінське консультування;
- ділове консультування.

Інтимно-особистісне консультування здійснюється з проблем психологічних або поведінкових недоліків, яких хотів би позбутися клієнт; особистісних взаємин зі значимими людьми; з приводу різноманітних страхів, невдач, глибокого невдоволення клієнта самим собою, інтимними взаєминами.

До сімейного консультування вдаються при виборі дружини чи чоловіка, з метою попередження і розв'язання конфліктів у внутрішньо сімейних відносинах та у відносинах членів сім'ї з родичами, з приводу розв'язання поточних внутрішньо сімейних проблем (розподіл обов'язків, економічні питання сім'ї тощо), до та після розлучення.

Психолого-педагогічне консультування передбачає обговорення консультантом і клієнтом питань навчання і виховання дітей, підвищення педагогічної кваліфікації дорослих, вдосконалення педагогічного керівництва, управління дитячими та дорослими групами.

Останній різновид консультування слід відрізнити від рекомендацій, які надаються вчителям, учням, батькам, адміністрації тощо, сутність яких зводиться до того, що психолог радить вдаватися до конкретних дій, змін поведінки, стосунків з метою впливу на інших учасників навчально-виховного процесу. На це вказують Г. С. Абрамова, М. П. Матвєєва та ін [34], [27].

Діловим називається консультування, яке пов'язане з подоланням людьми ділових проблем: вибору професії, вдосконалення і розвитку здібностей, організації праці, підвищення працездатності, проведення ділових переговорів.

За **тривалістю** співпраці психолога і клієнта розрізняють :

разову консультацію. Це консультація, тривалістю 45- 60 хв. Вона проводиться у випадках, коли клієнт звернувся до психолога з приводу

проблеми, з якої йому, насамперед, потрібна допомога інших спеціалістів; коли психолог інформує клієнта з питань, які належать до його компетентності; коли клієнт звертається до психолога за підтримкою рішення, яке він збирається прийняти відносно певної життєвої ситуації; коли клієнт вдруге прийти не може;

короткотермінове консультування. Триває впродовж 3-4 зустрічей. Найчастіше проводиться у випадках, коли клієнт потребує консультації просвітницько-рекомендаційного характеру або з діагностичною метою;

середньотермінове консультування. Впродовж 10-15 зустрічей здійснюється значна психокорекційна робота;

тривале консультування. Психолог працює з клієнтом впродовж року.

Проведення психологічного консультування висуває ряд вимог до психолога-консультанта. Так, зокрема, людина, яка займається психологічним консультуванням, повинна мати вищу психологічну освіту, достатній практичний досвід роботи в ролі психолога-консультанта, підтверджений відповідними сертифікатами. Крім знань та вмінь, психолог-консультант повинен бути наділений рядом спеціальних особистісних якостей: любити людей, бути проникливим, добрим, терплячим, відповідальним і комунікабельним. Р.Мей зазначав, що головне у психолога-консультанта - це "добррозичливість і прагнення зрозуміти клієнта, допомогти йому побачити себе з кращого боку і усвідомити свою цінність як особистості".

Інтерв'ю як основний метод психологічного консультування

Основним методом психологічного консультування, за Г. С. Абрамовою, є інтерв'ю. Інтерв'ю - це метод психологічного консультування, воно є ситуацією прийняття психологом професійних рішень стосовно проблеми клієнта. Воно спрямоване на те, щоб в процесі обговорення різноманітних тем зробити більш динамічним ставлення людини до різних властивостей її психічної реальності. Інтерв'ю пропонує здійснення впливу за допомогою запитань і спеціальних завдань, які розкривають активні та потенційні можливості іншої людини.

Зазвичай описують покрокову модель інтерв'ю:

1 крок - "Привіт" - стадія інтерв'ю, на якій відбувається структурування, досягнення взаєморозуміння. Триває перша стадія від кількох секунд до десяти хвилин і завершується досягненням між клієнтом і психологом відповідності позицій. На цій стадії психолог демонструє клієнтові свою позицію у взаємодії.

Консультант стосовно клієнта може займати такі позиції:

- позиція "над клієнтом", коли мудрий, досвідчений, сильний консультант простягає руку допомоги слабкому, дезадаптованому, недосвідченому клієнту;

- позиція "на рівних", коли зникла дистанція між консультантом і клієнтом, консультування приймає форму буденної розмови;

- позиція "радника", за якої консультант виступає в ролі особи більш компетентної у проблемі клієнта і допомагає йому розібратися в ній.

Остання позиція консультанта є найбільш ефективною. Вона відповідає зазначеним принципам та характеризується відсутністю оцінок, відмовою від прямого виховного тиску, створенням атмосфери довіри, співчуття і доброзичливості.

У процесі консультування позиція психолога може змінюватися.

2 крок - "У чому проблема?". Ця стадія інтерв'ю розпочинається зі збору інформації про контекст теми, відбувається виділення проблеми, розв'язується питання про ідентифікацію потенційних можливостей іншої людини.

3 крок - "Чого ви прагнете досягти?". На цій стадії психолог кваліфікує запит клієнта, орієнтуючись на будову його психічної реальності й її можливу модальність. Відбувається формулювання проблеми для клієнта і визначення вектора бажаних змін у проблемі клієнта.

4 крок - "Що ще можна зробити?". Це стадія, на якій відбувається пошук альтернативних рішень.

5 крок - "Чи будете ви це робити?" полягає в узагальненні всіх попередніх кроків й у переході від навчання до дії. Психолог докладає зусиль для зміни думок, дій і почуттів клієнта в його повсякденному житті, поза ситуацією інтерв'ю.

3.2. ПРОБЛЕМИ ПСИХОЛГІЧНОГО КОНСУЛЬТУВАННЯ

Сфери психологічного консультування

Психологів, як і представників інших наук, поділяють на дві групи: академічні, які займаються пошуком нових знань (їх цікавлять теоретичні аспекти, вони спостерігають за досліджуваними явищами в природній обстановці або в лабораторії, намагаються інтерпретувати отримані результати і систематизувати їх для того, щоб створити схеми, що пояснюють поведінку) ; практичні, які займаються використанням накопичених теоретичних знань, перевіркою їхньої обґрунтованості і виявленням "слабких місць".

Оскільки в психологічному консультуванні мають потребу різні люди і за допомогою вони звертаються по різноманітних приводах, психологічне консультування можна розділити на види в залежності від індивідуальних

особливостей клієнтів і тих проблем, із приводу яких вони звертаються в психологічну консультацію.

Деякі психологи-практики вирішують питання окремих людей, які мають різні інтелектуальні чи емоційні проблеми в повсякденному житті. Інші прагнуть допомогти у розв'язанні проблем, що виникають у сфері освіти або виробничої діяльності. Треті створюють програми з метою привернути увагу людей до різних суспільних заходів чи безпосередньо беруть участь у таких заходах.

Саме для цих психологів консультування є якщо вже не професією, то напрямом діяльності. У країнах Співдружності, зокрема в Україні, останнім часом переважно розвиваються чотири галузі, де психологи виконують консультативні функції чи працюють як консультанти.

Людей, які можуть звернутись по психологічну допомогу, можна розподілити на такі типи: один з них характеризується реалістичністю, самовпевненістю, інший – крайньою емоційною витонченістю, естетичністю. Якщо перший тип вважає, що головне – це власний життєвий досвід, який нічим замінити не можна (а тим паче – психологічними дослідженнями), то інший тип вважає особистість людини унікальним і таємничим утворенням. Тому вони дещо краще ставляться до психоаналітичних досліджень, аніж до об'єктивних психометричних методів. Для дослідження «естетизованих» особистостей краще використовувати проєктивні методики.

У випадках значної невротизації особи з сильною нервовою системою або ж намагаються перебудувати свою поведінку, образ життя, стиль діяльності, або ж створюють різні суб'єктивно-особистісні версії, що покликані зберегти про себе хорошу думку в очах інших людей. Так, наприклад, версії неуспішності поведінки на виробництві такі клієнти частіше пов'язують із зовнішніми обставинами (погані інструменти, некомпетентність керівництва) або ж з відсутністю позитивної мотивації в діяльності.

Коли в процесі психологічного консультування необхідно зробити діагностичне обстеження, варто пам'ятати, що клієнти по-різному сприймають інформацію про свої характерологічні особливості. Деякі особи реагують позитивно, погоджуючись з висновками діагноста, однак зустрічаються і такі клієнти, які не погоджуються з отриманими результатами обстеження. Останнє може бути пов'язане з надуманою позицією індивіда щодо його належності до певної вікової чи професійної групи, а також із прийнятою в суспільстві соціальною оцінкою тих чи інших якостей.

На погодження чи непогодження клієнта з висновками психолога може впливати міра міжособистісної дистанції, що встановилася в процесі

спілкування. При більш дистантному, холодному спілкуванні клієнт може глибше приховувати свої «слабкі» сторони, ніж при теплій взаємодії. Однак дистантне спілкування може допомогти краще усвідомити зовнішні проблеми (конфліктність поведінки, напруження у стосунках тощо). Тому в психологічному консультуванні важливо дотримуватись необхідної психологічної дистанції. Занадто близькі стосунки не сприяють авторитетності спеціаліста. В процесі використання власного досвіду варто пам'ятати про певну міру («Якщо психолог не може справитись з власними проблемами, то що він може порадити мені?»).

Шкільні психологічні служби і служби вищих навчальних закладів («психолог в установах освіти»). Шкільний психолог надає психологічну підтримку учням, у яких виникають труднощі, пов'язані з процесом адаптації; бере участь у розробці найбільш ефективних методів навчання (зокрема, він використовує при цьому досягнення когнітивних психологів і теоретиків, які займаються дослідженням процесів навчання) ; допомагає викладачам виробити в собі такі психологічні й соціальні навички, що дозволяють створити в школі приємну і продуктивну атмосферу.

Шкільне консультування охоплює проблеми стосунків учителя й учнів, учнів між собою, питання стосунків учнів з батьками, шкільної успішності, розвитку здібностей, відхилень поведінки тощо.

Профконсультація («психолог центру профконсультації») допомагає учням або службовцям вибрати спеціальність чи роботу, яка найбільш відповідає їхнім інтересам та здібностям. Найчастіше їх рекомендації бувають надані на підставі результатів співбесід чи психологічних тестів.

Професійне консультування, що містить у собі як загальне орієнтування у виборі тієї чи іншої професії, так і частково питання: як скласти «резюме», як і де одержати другу професію, де знайти роботу відповідно до своїх можливостей і т. ін.

Психологічні служби підприємств («соціальний психолог»). Управлінське консультування (консультування в організаціях) має широкий спектр можливостей, а саме: допомога в прийнятті управлінських рішень, тренінг комунікативних умінь, простежування і вирішення конфліктів, робота з персоналом тощо. У цій сфері психолог бере участь:

- у вирішенні конфліктів між робітниками та підприємцями;
- у реалізації навчальних програм, спрямованих на підвищення продуктивності праці й розвиток почуття причетності до справи підприємства у службовців і робітників;
- у дослідженні оптимальних умов для просування товарів на ринок, для реклами та найкращого використання торгових площ.

Сімейна консультація. Однією з найбільш наповнених сфер діяльності психологів-консультантів і сімейних психотерапевтів є інститут сім'ї. Сімейне консультування традиційно розглядає проблеми взаємин між майбутнім подружжям, між чоловіком і дружиною у молодій сім'ї або вже сформованій родині, між іншими членами сім'ї (батьки і діти, подружжя та їхні батьки), а в останні десятиліття ще й проблеми психологічної допомоги розлученим, незаміжнім і неодруженим, так само, як і консультування й психологічна підтримка при повторному одруженні.

Інтимно-особистісне консультування звичайно потребує закритих від сторонніх осіб і одночасно відкритих для спілкування консультанта і клієнта, довірчих відносин між ними. Таке психологічне консультування потребує створення особливої обстановки, тому що нагадує сповідь. Цей вид консультування по самій природі тих проблем, яких він безпосередньо стосується, не може бути епізодичним або короткочасним. Він передбачає, по-перше, великий психологічний настрой на нього як психолога-консультанта, так і самого клієнта; по-друге, тривалої і, як правило, нелегкої розмови психолога-консультанта з клієнтом; по-третє, звичайно достатньо лише тривалого періоду вирішення виниклої в клієнта проблеми. Останнє пов'язано з тим, що більшість проблем інтимно-особистісного характеру відразу не вирішується.

Психологічне консультування з проблем освіти

До основних проблем (запитів), з якими звертаються до психолога-консультанта, можна зарахувати:

- неадекватність педагогічних впливів на особистість дитини;
- конфліктні ситуації в сім'ї;
- переживання дітьми різного віку негативних емоцій стосовно школи, ставлення до навчання;
- проблеми психічного здоров'я дітей, що навчаються в загальноосвітніх та спеціальних закладах;
- вплив стресогенних факторів на успіхи в школі;
- проблеми шкільної дезадаптації;
- дитячий алкоголізм та наркоманія.

Розв'язання зазначених вище проблем передбачає, перш за все, знаходження основних причин, які провокують появу тих чи інших труднощів. З досвіду роботи можна стверджувати, що найбільш поширеними причинами виникнення труднощів у педагогічному спілкуванні є:

- несформованість навичок вербальної та невербальної комунікації (перефразування, збіднений словниковий запас, нелогічність висловлювань, недоречність виразів тощо);
- відсутність необхідного зворотного зв'язку;
- формальність в організації педагогічної взаємодії (особливо в процесі прийняття спільних рішень);
- неврахування вікових та індивідуальних особливостей дітей у процесі спілкування, ігнорування закономірностей психічного розвитку особистості, зокрема переживання нею критичних періодів;
- низька культура педагогічного спілкування та нехтування внутрішньою неготовністю співрозмовника (зокрема, дитини) до критичного ставлення чи оцінювання;
- низький рівень гуманізації дитячих закладів.

У практиці психологічного консультування доводиться працювати з запитом щодо розвитку тих чи інших здібностей, а інколи й розробляти відповідні рекомендації. При цьому ми посилаємось як до задатків (біологічної основи здібностей), так і до соціальної ситуації розвитку особистості. Раннє виявлення і діагностика задатків є необхідною умовою для їх своєчасного й активного використання в процесі розвитку здібностей. Період, протягом якого в дітей уперше виявляються наявні задатки, є різним і залежить від багатьох факторів.

Умови, що забезпечують повноцінне формування здібностей людини, передбачають, перш за все, уважне ставлення до занять дитини, врахування її прагнення до тієї чи іншої діяльності. В практиці ми часто спостерігаємо можливості розвитку здібностей за відсутності яскраво виражених задатків. Варто зазначити, що можливість регулювати, зокрема активізувати формування здібностей залежить, в першу чергу, від віку людини, наявності сенситивних періодів для розвитку тих чи інших психічних якостей.

1. Особливості консультування щодо розвитку інтелектуальних здібностей.

Інтелектуальні здібності людини мають визначену структуру. Тому необхідно враховувати складність цього виду здібностей у процесі їхнього розвитку. В основі формування розумових здібностей лежить розвиток процесів мислення. Розвиток трьох основних видів мислення — дійового, образного і словесно-логічного — опосередковується не лише задатками і соціальною ситуацією розвитку особистості, а й організацією провідної діяльності, характерної для того чи іншого вікового періоду.

Для повноцінного розвитку інтелекту потрібно пам'ятати про загальні закони розвитку дитячого мислення, важливість систематичного інтелектуального тренування для підтримки адекватного рівня розвитку розумових здібностей людини.

2. Особливості консультування щодо розвитку мнемонічних здібностей. Мнемонічні здібності людини — здатність до успішного запам'ятовування, оптимального збереження та вчасного необхідного відтворення засвоєного досвіду. Багатоаспектність прояву мнемонічних здібностей і безліч проблем щодо розвитку пам'яті сприяє тому, що в практиці психологічного консультування все частіше з'являються запити на поліпшення процесів та якості пам'яті.

У практиці психологічного консультування робиться акцент на основних законах та особливостях розвитку пам'яті. Необхідно відзначити своєрідність індивідуальних проблем прояву пам'яті у різних клієнтів. Як правило, важливо провести різнобічну і точну психодіагностику проявів пам'яті клієнта перед тим, як давати йому рекомендації щодо поліпшення пам'яті. Фактори, які необхідно враховувати, пропонуючи клієнтові конкретні рекомендації з удосконалення його пам'яті: індивідуальні розходження в розвитку різних видів пам'яті в людини, вікові закономірності розвитку пам'яті, необхідність комплексного і спеціалізованого удосконалювання пам'яті, взаємозв'язок у розвитку пам'яті й інтелекту людини.

До засобів поліпшення запам'ятовування, підвищення якості збереження матеріалу в пам'яті людини та удосконалення процесу відтворення матеріалу можна віднести: розподіл матеріалу за смисловим навантаженням, структурування матеріалу за значенням та часом використання, знаходження асоціацій і стимулювання позитивним підкріпленням. Серед традиційних запитів — запити на підвищення продуктивності зорової і слухової пам'яті. Є багато практичних розробок та тренінгів, спрямованих саме на розвиток окремих видів пам'яті. Однак при цьому обов'язковою умовою є повноцінність функціонування аналізаторів.

3. Досить актуальними залишаються проблеми розвитку комунікативних здібностей.

Ознаки, за якими можна судити про наявність у клієнта комунікативних проблем: неадекватне або несвоєчасне реагування на звернення, почуття зніяковілості, неуважне реагування на вербальні стимули, недиференційованість невербальних стимулів, невміння використовувати наявні знання, недорозвиненість почуття гумору тощо.

Варто відзначити важливість розвитку спостережливості для поліпшення комунікативних здібностей. Корисною є зміна об'єктів і ситуацій спілкування, передбачення результату спілкування з конкретною людиною. В ході консультативної бесіди необхідно добиватись

усвідомлення клієнтом причин зміни в його настрої після спілкування з певними людьми в конкретних ситуаціях. Можна запропонувати зробити деякі кроки з нормалізації реакції клієнта на дії окремих людей у спілкуванні з ним.

Деяким клієнтам інколи просто не вистачає ініціативи в спілкуванні з людьми для налагодження контакту. Іншим рекомендується стати більш уважним, доброзичливим слухачем. Клієнти часто запитують, як викликати симпатію з боку інших людей. Для початку варто проаналізувати можливі причини антипатії або ворожості, котрі клієнт може викликати до себе з боку інших людей, а вже потім віднайти найбільш оптимальні для себе способи усунення цих причин.

4. Особливості консультування щодо поліпшення організаторських здібностей клієнта.

Перш за все, потрібно з'ясувати, чи усвідомлює клієнт, які знання й уміння повинен мати гарний організатор. Початковий етап роботи з клієнтом з удосконалювання його організаторських здібностей може стосуватись складання індивідуальної програми щодо корекції та розвитку окремих рис характеру, складання самоописів та передбачення перспективних напрямів самовиховання.

Розвиток спеціальних здібностей передбачає наявність необхідних умов. Зокрема, розвиток математичних здібностей передбачає формування цілого ряду спеціальних умінь, що входять у структуру математичних здібностей, послідовність практичних дій, розвиток формальної логіки.

Важливо спільно виробити практичні рекомендації щодо роботи з дітьми, зокрема дошкільного віку, коли особистість переживає цілий ряд сенситивних періодів, сприятливих для актуалізації психічних якостей і процесів. Дії консультанта мають бути спрямовані на прискорене оволодіння суб'єктом новими знаннями, уміннями і навичками, необхідними для оптимізації прояву тих чи інших спеціальних здібностей.

Хотілось би відзначити важливість виявлення прагнення людини до досягнення визначених цілей. Дефіцит останнього часто є причиною сповільненого розвитку здібностей особистості, навіть за наявності необхідних біологічних задатків та сприятливих психосоціальних обставин.

Консультування з проблем шкільної адаптації та успішності

Більшість дітей з великим бажанням і зацікавленістю йде до школи. Діти готові добре вчитись, приносити хороші оцінки, отримувати задоволення від перебування в групі ровесників, із задоволенням слухають вчителя. Чому діти з часом втрачають інтерес і до школи, і до навчання? Такі запитання хвилюють як батьків, так і педагогів, бо не секрет, що дитина, яка хоче навчатися, досягає більших успіхів. Одна з основних причин шкільної неуспішності — низький рівень психічної адаптованості дитини до нових умов, до шкільних правил, до вимог учителя, загалом, до нової соціальної ситуації.

Природа шкільної неуспішності і дезадаптації може бути представлена різноманітними факторами:

недоліками у підготовці дитини до школи (І. Дубровіна, 1975, К. Кравцова, 1981, І. Булах, 1998 та ін.);

соматичною ослабленістю дитини (Н. Попова, 1983, В. Соок, 1985);

порушеннями у формуванні рухових та окремих психічних функцій (М. Озерецький, 1928, Н. Лебедева, 1977, Й. Шванцара, 1978, Я. Стре-ляу, 1982);

емоційними розладами (Л. Славіна, 1966, О. Захаров, 1982, М. Тихо-нова, 2002).

великими перевантаженнями, що викликають розгальмованість та зниження дисципліни (Н. Лебедева, 1977).

Не викликає сумніву, що одна з глибоких причин неуспішності і шкільної дезадаптованості — це відставання в інтелектуальному розвитку, несформованість в учня мислительних операцій.

Під час організації консультативного процесу необхідно враховувати тип нервової системи дитини, наявність нейродинамічних порушень, невротичних симптомів. Так, для легко збудливих дітей типовими є розлади уваги, порушення цілеспрямованої діяльності, що серйозно заважає засвоєнню навчального матеріалу; інша форма психофізіологічних розладів пов'язана з помітним зниженням активності, працездатності та загальною психічною загальмованістю. Очевидно, такі діти не встигають вчасно виконувати завдання в групі, хвилюються під час контрольних, переживають труднощі під час опитування. У них поступово може сформуватись комплекс неповноцінності, занижена самооцінка та низький рівень домагань.

Причинами значних труднощів у навчанні дітей можуть виступати нейродинамічні порушення, які виступають у формі емоційної нестабільності, поганого самопочуття, зниження настрою, бурхливого реагування на ситуацію неуспіху. Все це знижує рівень успішності навіть за наявних високих показників інтелектуального розвитку.

Психологічні труднощі дезадаптаційного характеру виступають як похідні (вторинні), тобто формуються як наслідок психофізичних порушень, соціально-психологічних конфліктів, неадекватного оцінювання, неправильної інтерпретації індивідуального психологічного розвитку дитини тощо.

У процесі індивідуального психологічного консультування необхідно визначити основні причини низької навчальної адаптації учнів, а не лише концентруватись на конкретних проявах дезадаптації. Важливу роль в успішній адаптації дітей до школи відіграють характерологічні особливості дитини, наявність основних вікових новоутворень та включеність у провідну діяльність.

Уміння контактувати з ровесниками, включатись у комунікативну діяльність, а також сформованість навичок комунікації посідає основне місце в ситуації переходу учня до іншої школи, що вимагає подолання значних труднощів у спілкуванні. Відомо, що в ситуації ізоляції дитини (особливо в кризовий період) виникають порушення психогенного характеру, які можуть закріпитись у вигляді "депривованого типу реагування" — агресивності, замкнутості, недовіри.

У період навчання в школі інколи виникає інтегрована несприятлива ситуація, яка характеризується негативним впливом соціальних (зовнішніх) та психофізичних (внутрішніх) факторів. До такої соціальної ситуації ми відносимо атмосферу, яка складається у більшості закладів інтернатного типу, які характеризуються закритістю, обмеженістю контактів, депривацією інтересів та бідністю емоційних проявів.

Важливо вчасно помітити небезпечні ознаки шкільної дезадаптації та упередити руйнівні наслідки особистісного характеру — емоційні порушення, зниження пізнавального інтересу, поведінкові негаразди.

У ході консультування учителів та вихователів варто не лише проаналізувати причини та прояви дезадаптації тієї чи іншої вікової групи дітей, не лише вивчити індивідуальні характеристики дезадаптованих, а й обговорити шляхи корекції негативної поведінки. Останні залежать від рівня дезадаптованості, вікового періоду, соціальної

ситуації розвитку та необхідного досвіду роботи педагога. Консультант, зокрема, навчає таким відомим у гуманістичній психології прийомам і методам, як емпатійне слухання (вчування у внутрішній світ дитини, глибинна оцінка її стану), парадоксальна інтенція (сприяємо відкритому переживанню дитиною справжніх, хоча б і негативних почуттів), діалогічне обговорення ситуації тощо.

Особливої уваги вимагає перша зустріч з клієнтом. Важливо, щоб він повірив у вашу щирість, прагнення зрозуміти, розібратись і допомогти. Клієнт (чи то учень, чи хтось із батьків) має зручно влаштуватись у кріслі, заспокоїтись, без особливого втручання викласти інформацію, настроїтись на серйозну роботу. Не можна забувати, що немає неважливої інформації, а також про приховані мотиви та прагнення клієнта, про давні (ранні) болісні спогади, а також про систему захистів та опорів, які виявляються під час таких зустрічей.

Кожний сеанс має закінчуватись підведенням якихось підсумків щодо виконання контракту (домовленості), зняттям напруження, а також обговоренням наступних зустрічей та програми самостійної роботи клієнта.

Основними показниками успішного консультування з проблем шкільної дезадаптації виступають: інтерес до навчання в школі або до окремих предметів, критичне ставлення до своїх успіхів, зниження агресивних проявів, налагодження стосунків з ровесниками, участь у спільних шкільних заходах, наявність адекватної самооцінки, готовність до співпраці, прагнення до самовдосконалення.

Консультування з проблем профілактики дитячої злочинності, наркоманії та алкоголізму

Людська психіка організована таким чином, що ми охоче сприймаємо потік позитивної інформації і намагаємось відмежуватись від негативної, особливо болючої. Як правило, батьки із задоволенням вислуховують інформацію про успіхи своїх дітей і намагаються не концентруватись на негативних проявах поведінки, знаходячи виправдання та шукаючи "крайнього" (учитель, погані друзі, вулиця). Практика показує, що девіантність — це здебільшого результат неадекватного впливу батьків або ж їх надмірне опікування, або ігнорування справжніх інтересів дітей, їхніх потреб, прагнень, неврахування вікових та індивідуальних особливостей розвитку.

Помітивши негаразди у поведінці дітей, негайні кроки батьків мають бути спрямовані на організацію життєдіяльності дітей — від розпорядку дня та щоденного виконання доручень, домашніх завдань до спільних сімейних заходів (екскурсії, літній відпочинок, робота на присадибній ділянці тощо). В процесі обговорення соціальної ситуації розвитку дитини часто виявляється, що вона почала уникати дому, щоб не бути присутньою при сварках батьків, тому роботу в таких випадках варто починати з перебудови та зміни стосунків у сім'ї, створення домашнього затишку.

Деякі діти намагаються поза власною домівкою знайти те, чого їм там не вистачає, однак у таких ситуаціях дитина часто потрапляє під згубний вплив "вулиці", де вона почуває себе дорослою, навчаючись "шкідливим" звичкам, демонструючи силу, зневажаючи моральні норми поведінки. Головне, щоб не дати можливість закріпитись подібній поведінці у дитячій свідомості. Рекомендації щодо "згасання" прагнення до аномальної поведінки ми можемо знайти, зокрема, у біхевіористичному напрямі психологічного консультування. Іноколи доводиться рекомендувати проведення спеціальних заходів щодо корекції дитячої поведінки (з метою попередження дитячої злочинності).

Важливого значення набуває організація спілкування девіантних (із порушеннями у поведінці) підлітків, зміна їх статусу в групі, пошуки друзів, включення в групи "за інтересами".

Профілактика алкоголізму та наркоманії має здебільшого стосуватись організації дитячої діяльності, вона передбачає гуманізацію батьківської та педагогічної взаємодії, підвищення відповідальності батьків за коректність власної поведінки.

На жаль, іноколи в ході консультування таких дітей доводиться констатувати неврологічні та серйозні психосоматичні порушення, які не можна усунути без втручання лікарів, медичного обстеження.

Тривале перебування дитини в умовах соціальної депривації (обмежень, незадоволення життєво важливих потреб) дома або в школі передбачає спершу зняття стану психічної напруги, дискомфорту. Здебільшого психолог може звернутись по допомогу до соціальних служб, а іноколи доводиться залучати і служби захисту прав дитини.

Стосовно таких ризиків для здоров'я, як куріння, алкоголізм, наркоманія, то саме батьки можуть стати реальним джерелом знань. Роль школи також важко переоцінити. Цілеспрямований потік інформації щодо здорового способу життя може вплинути на спосіб життя дітей. Варто частіше говорити про проблеми дітей з усіма компетентними органами, запобігати серйозним порушенням, успішно взаємодіяти з педагогічним колективом та органами охорони здоров'я.

Психологічне консультування з проблем управління

Діяльність психолога-консультанта, поширюючись на педагогічну, політичну, виробничу сфери людського життя, набуває актуальності в тому числі й в управлінні та менеджменті. Важливість психологічного консультування у цих сферах зумовлена недостатньою психологічною компетентністю багатьох керівників малих та великих підприємств у

вирішенні міжособистісних конфліктів своїх підлеглих, які заважають у досягненні спільних цілей; створенні згуртованого колективу, формуванні внутрішньої мотивації працівників. Тому консультативна робота психолога в управлінні є актуальною допомогою у діяльності підприємств.

У наукових працях існують різні точки зору щодо співвідношення понять управління та менеджменту. З одного боку поняття "управління" та "менеджмент" ототожнюються, оскільки в словниках англійської мови "менеджмент" перекладається як "управління", "керівництво", "адміністрація" тощо. З іншого – ряд дослідників вважає, що поняття "менеджмент" вужче за поняття "управління", воно є одним із видів управління.

Для управління людьми потрібно знати їх психологію, інакше одноосібно керівник не зможе ефективно вирішувати всі питання психологічного характеру в колективі. Напрацювання фахівців- психологів, консультації з питань управління та менеджменту суттєво допомагають керівникам у роботі з кадрами, а також розвивають професійну та практичну майстерність.

Як і в будь-якій іншій сфері, в управлінні консультант надає допомогу у виявленні психологічних проблем, їх аналізі, сприяє виконанню прийнятих рішень, але сам рішень не приймає і не відповідає безпосередньо за виконання задачі. Саме тому консультування потребує від психолога-консультанта специфічних знань у галузі психології управління, а також певного рівня інформованості в тій сфері, в котрій він надає послуги.

Психологами-консультантами з питань управління діяльністю можуть бути приватні особи, котрі працюють за ліцензією, або спеціалізовані консалтингові фірми, які пропонують організаціям різні форми роботи, а саме: кар'єрний коучинг, бізнес-коучинг, коучинг особистісної ефективності та бізнес-тренінги. Кар'єрний коучинг (або кар'єрне консультування) включає в себе оцінку професійних можливостей, оцінку компетенцій, консультування з питань планування кар'єри, вибір шляху розвитку тощо. Бізнес- коучинг спрямований на організацію пошуку найбільш ефективних шляхів досягнення цілей компанії. При цьому проводиться робота з окремими керівниками компанії та з командами співробітників.

Широкого розповсюдження набуває такий вид тренінгу, спрямований на згуртування колективу, як тимблдінг. Оскільки досить часто в компаніях виникає проблема комунікацій між персоналом, метою такого виду тренінгу є підвищення ефективності роботи колективу, повноцінний розвиток компанії. Навіть високий професіоналізм кожного менеджера компанії окремо не є запорукою успіху. Тимблдінг-тренінги спрямовані на безпосередню побудову

команди, вироблення командного духу та вміння працювати в команді, виявлення лідерів, а також створення атмосфери неформального спілкування.

Консультанти можуть працювати в штаті, або ж запрошуватись на певний час. Іноді немає потреби в постійних консультаціях і, відповідно, економічно не вигідно утримувати консультанта у штаті. Іншою причиною запрошення консультанта тимчасово є соціально-психологічна атмосфера колективу, котра змушує звертатись до послуг нейтральних осіб. На противагу зовнішнім консультантам штатні добре обізнані зі станом справ у компанії, здатні швидко оцінити ситуацію і прийняти правильне рішення. Головною сферою діяльності консультантів у цьому напрямку є організація й управління виробництвом, але, разом з тим, розглядаються проблеми організації діяльності та стратегії розвитку компанії.

Потрібно відрізнити поняття "психологічне консультування" від поняття "консалтинг", яке означає консультування або вид інтелектуальних послуг, котрий пов'язаний з вирішенням проблем підприємства у сфері управління й організаційного розвитку. З одного боку, це комплекс консультаційних і практичних послуг, а з іншого – послуги в управлінні й організації бізнесу. Одним із видів консультування є управлінський консалтинг – діяльність спеціальних компаній з консультування керівників і менеджерів підприємств у досягненні цілей в галузі технічної і економічної діяльності. Як синонім у науковій літературі зустрічається термін "управлінське консультування", що розглядається як метод психологічної допомоги особистості та групі, як професійна діяльність, що полягає у наданні послуг закладам і організаціям з виявлення та аналізу управлінських проблем, виробленню рекомендацій для їх вирішення і при необхідності сприянню у виконанні цих рішень. На думку Л.Е. Орбан-Лембрик, управлінське консультування - це системна допомога організаціям, управлінським кадрам у вдосконаленні практики управління, підвищенні як індивідуальної продуктивності, так і ефективності діяльності організації загалом.

Управлінське консультування як метод вдосконалення управлінської практики використовують керівники організацій у сферах:

- загальних питань управління (визначення стратегії та основних етапів розвитку організації, формування організаційної культури тощо);
- проблем управління фінансовою діяльністю організації;
- проблем управління маркетингом (визначення стратегії маркетингу, обґрунтування заходів щодо його здійснення та ін.);
- управління людськими ресурсами та їх розвитку (власне психолого-управлінське консультування) тощо.

Психологічне консультування в управлінні допомагає керівникам планувати діяльність, комплектувати штат, разом з тим розглядається питання кар'єри керівників та розвитку кадрового потенціалу тощо.

Головними завданнями психологів-консультантів є не тільки надання психологічної допомоги людям у складних життєвих ситуаціях, але й спрямування їх на досягнення професійного самовдосконалення та створення позитивного мікроклімату в колективі.

У кожній організації та в управлінні, працюють люди, які мають свої індивідуально-психологічні особливості, котрі так чи інакше впливають на ефективність діяльності та, зокрема, управління. Розглянемо такі напрямки консультування в управлінні та менеджменті: 1) консультування керівників, 2) консультативна робота з групами працівників, 3) персональне консультування.

Досить часто діяльність керівника пов'язана з подоланням виробничих, економічних, соціальних, психологічних проблем, іноді важко прийняти рішення, котрі стосуються суспільства, певної галузі чи соціальної сфери. Тому психолог-консультант, як незалежна особистість, допомагає йому прийняти оптимальне рішення. Також допомога *керівнику* потрібна у вирішенні соціально-психологічних проблем колективу; у вивченні причин виникнення внутрішньо-організаційних конфліктів, їх подолання та попередження конфліктних ситуацій; у формуванні в керівника індивідуального стилю керівництва; у дослідженні рівня професійної компетентності керівників підрозділів; у створенні позитивного іміджу самої організації та її керівника тощо.

Для керівників важливим є також посадове просування, що допомагає з'ясувати кар'єрні цілі та способи їх досягнення, оволодіти техніками та методики прийняття управлінських рішень; формувати готовність до оновлення змісту праці. Перш за все необхідно оцінити знання, вміння та навички керівника, його поведінку. Для цього консультант створює атмосферу довіри та відвертості, для того, щоб спільно з керівником здійснити аналіз його кар'єрних цілей та можливостей їх реалізації. Також у процесі консультування визначають кінцеву мету та шляхи її досягнення, готують план відповідних заходів, разом з тим здійснюється контроль за виконанням плану.

Щодо проведення консультування з *групами працівників*, воно зорієнтоване на розв'язання соціально-психологічних проблем організації та полягає у погодженні рівня розвитку особистості керівника з певними групами людей, керівниками підрозділів. Таке консультування спрямоване на

моніторинг ефективності використання керівниками системи управління, дослідження рівня професійної компетентності керівників всіх ланок, вдосконалення стилю й методів управління, систематизацію поведінки керівника в конфліктних ситуаціях, взаємин із підлеглими, колегами, вищим керівництвом, створення позитивного іміджу як самої організації, так і її керівника тощо.

У роботі психолога з *персоналом* розрізняють такі напрямки: аналіз професійних якостей при прийомі на роботу, розвиток професійних якостей співробітників, визначення ступеня особистісної конфліктності та стратегії поведінки в конфліктній ситуації, аналіз психофізіологічного стану співробітників у контексті умов праці, режиму роботи тощо.

Вирішуючи завдання персонального консультування психолог-консультант повинен здійснити психодіагностику особистісно-професійних якостей та емоційно-психологічного стану працівників, діагностичне оцінювання соціально-психологічного стану справ в організації та інформування про це керівників. У разі необхідності консультант має провести психотерапевтичну роботу з метою попередження та усунення стресових станів, нервово-психічних розладів персоналу, організувати та проводити тренінги, семінари, конференції тощо, запропонувати рекомендації щодо розроблення програм, проектів, рішень, спрямованих на вдосконалення діяльності організації та її співробітників, сприяння керівництву в раціональному формуванні персоналу, розподілі функцій між працівниками.

Реалізація завдань соціально-психологічного консультування персоналу досягається завдяки індивідуальному консультуванню, соціально-психологічній роботі з групою, психодіагностичному та психокорекційному забезпеченню процесу управлінського розвитку. На кожному з рівнів (індивідуальному чи груповому) здійснюється пошук ефективних механізмів впливу, покликано забезпечити розвиток психологічної культури об'єкта цього впливу (комунікативної компетентності, спостережливості, сенситивності, рівня духовного розвитку особистості, знань, умінь та навичок, рівня естетичного сприймання дійсності).

Разом з тим Л.Е. Орбан-Лембрик виділяє два види консультування в управлінні: *персональне* та *групове*.

Персональне консультування спрямоване на розв'язання соціально-психологічних проблем, пошук оптимальних шляхів розвитку керівника, оптимізацію та корекцію його взаємин із підлеглими, його поведінки в суперечливих і проблемних ситуаціях тощо. Результатами цього консультування є: адаптація керівника до умов життєдіяльності в колективі,

вимог системного оточення; зміна структури діяльності керівника, методів і способів спілкування та взаємодії з підлеглими; виявлення недоліків у діяльності і розвитку, способів їх подолання.

У ході персонального консультування особлива увага приділяється профілактиці регресивного розвитку керівника, запобіганню професійній управлінській деформації, чому сприяє корекція індивідуальної управлінської концепції керівника. Проте, як підтверджують дослідження, у певні періоди управлінського розвитку керівника розкриття перед ним перспектив особистісної регресії, зумовлених системним оточенням, є неефективним і недоцільним. У процесі розвитку персонального консультування виокремлюють такі різновиди персональних консультацій:

1. Пасивне консультування. Воно відбувається у формі монологу керівника, а роль психолога зводиться до уважного вислуховування та вмілої підтримки бесіди. Найчастіше зумовлене прагненням керівника висловитися про свої проблеми, знайти підтримку, співчуття, визнання того, що труднощі є справді суттєвими.

2. Інформативне консультування. Полягає в інформуванні керівника про результати психологічних досліджень. У цьому разі консультація зводиться до отримання керівником додаткових знань про себе та свою діяльність.

3. Формуюче консультування. Найефективнішим воно виявляється для новопризначених керівників. Полягає в формуванні у керівника організаторських і лідерських якостей.

4. Консультування з метою корекції. Спрямоване на зміну стилю управління, управлінської концепції, відносин в організації, установок та ін.

Певною мірою персональне психологічне консультування є дієвим видом психологічної допомоги керівникам та методом удосконалення практики управління.

Групове консультування спрямоване на психологічну допомогу групі, організації, на виявлення труднощів, прихованих міжособистісних конфліктів у групі, істинних причин особистісних управлінських проблем, а також на зняття суперечностей при виявленні проблем управлінської діяльності, колективне вироблення оптимальних для групи керівників способів подолання наявних труднощів, конкретизацію для групи способів і методів управління. Клієнтами групового психологічного консультування є групи співробітників, а іноді й персонал цілої організації.

Персональне та групове консультування може здійснювати як один консультант (індивідуальне консультування), так і команда консультантів (кожен з них виконує певні функції). Форма психологічного консультування

залежить від конкретних проблем управління, специфіки спільної діяльності та особливостей функціонування психологічної служби.

Як один із видів управлінського консультування Л.Е. Орбан- Лембрик виділяє психолого-акмеологічне консультування. Це спеціально організований процес спілкування психолога-консультанта, спрямований на формування професійного та управлінського розвитку керівників, досягнення в ньому вершин (акме).

Особливостями психолого-акмеологічного консультування є: акмеологічний характер консультативного процесу, оскільки предметом психологічного аналізу є проблеми, пов'язані з досягненням вершини у розвитку, професійній кар'єрі; характер проблем, які клієнт ставить перед консультантом.

Процес психолого-акмеологічного консультування розгортається за такими напрямками:

- моделювання образу бажаного майбутнього стану управлінської діяльності клієнта або групи;
- конкретизація і систематизація ключових чинників успіху, які сприяють продуктивному наближенню керівника до образу бажаного майбутнього;
- переструктурування та переосмислення труднощів, на котрі, як вважає клієнт, не можна вплинути.

Позитивні результати консультування забезпечують попередні дослідження, психодіагностика, зацікавленість керівників в активному використанні рекомендацій консультантів, відомостей про свої індивідуально психологічні властивості в управлінській діяльності.

У роботі кожної організації чи підприємства часто виникають проблеми, найрізноманітніші за змістом і характером. Керівники та персонал організації не завжди чітко й однозначно можуть запропонувати вирішення ситуації. У такому випадку організація змушена звертатись за допомогою до кваліфікованих спеціалістів.

Консультування повинно враховувати взаємозв'язок психологічної культури та управлінської, тобто системи норм, цінностей, правил поведінки, ритуалів, традицій, заборон, стилів поведінки, звичок та ін..

Психологу-консультанту для роботи слід врахувати особливості взаємовідносин керівника та підлеглих, а саме: стиль керівництва, форми контролю, дотримання дисципліни, роль жінок у керівництві, способи подолання конфліктів, стиль спілкування співробітників, методи оцінювання ефективності роботи. Саме тому при виборі способів, методів психологічного

консультування необхідно враховувати взаємозв'язок психологічної культури та культури організації, для того, щоб допомогти розвиткові керівника та підвищити ефективність управлінської діяльності.

Один із обов'язків керівника – вплив на підлеглих. Щоб вплив був позитивним, необхідні такі якості керівника: майстерність, професіоналізм, комунікативні здібності, стиль керівництва, авторитет тощо. Психологічним підґрунтям авторитету керівника є його компетентність, вміння швидко та вірно приймати рішення, коректність у спілкуванні з підлеглими. Утвердженню авторитету керівника сприяють також рішучість, наполегливість, впевненість у собі, готовність брати на себе відповідальність, дипломатичність, організованість, винахідливість тощо. Для успішного здійснення управління керівник повинен мати як мінімум половину цих якостей. Іноді, коли керівник вимагає виконання конкретних завдань чи обов'язків, співробітник може перейматися актуальнішими для нього справами. Як наслідок, виникають конфлікти, що в свою чергу приводить до погіршення стосунків у колективі та зниження продуктивності діяльності. Якщо самостійно не вдається вирішити питання та уникнути конфліктів, необхідно звернутися за консультацією до психолога. Психолог-консультант може рекомендувати керівнику організації використовувати певні механізми формування корпоративності такі як система стимулювання праці співробітників, створення власного стилю (інтер'єру офісів, розробка власних предметів чи символів тощо) і соціально-психологічного клімату, особливої організаційної культури, організація заходів чи свят, побудова взаємостосунків у колективі. Потрібно також зазначити, що зміст психолого-консультативної допомоги залежить від специфіки діяльності кожної організації.

Таким чином, психологічне консультування в управлінні сприяє підвищенню ефективності діяльності колективу, створенню передумов становлення належного психологічного клімату, самореалізації та ефективної взаємодії співробітників, а також координує психологічні аспекти діяльності впродовж виробничого циклу.

Психологічне консультування керівників та персоналу має сприяти розв'язанню найсуттєвіших завдань, що розглядаються на найвищому рівні, дбаючи про їхній зв'язок із перспективою виробництва та персоналу.

Психологічне консультування з проблем ринку та підприємництва

Підприємці, бізнесмени, банківські службовці працюють у складних соціально – економічних і психологічних умовах. Вони стикаються у своїй діяльності не тільки зі специфічними професійними, але і суто

психологічними проблемами. Тому багато хто з них визнає, що запрошення на фірми, організації, підприємства психологів-консультантів є необхідним і корисним.

Психологічне консультування бізнесу та підприємництва – прикладна галузь сучасної психології. Зазначений тип консультування передбачає перш за все аналіз конкретних ситуацій, що виникають у процесі підприємницької, бізнес діяльності та допомога клієнту (замовнику) у прийнятті найбільш адекватних рішень (Г.С. Никифоров).

Консультативна діяльність у бізнесі та підприємстві також спрямована на актуалізацію й усвідомлення підприємцем тих якостей своєї індивідуальності, що впливають на його роботу (бізнес) та особистісний розвиток. Вона дає можливість адекватно оцінити себе як професіонала в бізнесі з позиції критеріїв психологічної науки та вимог реалій сьогодення, дозволяє побачити нові напрями і шляхи досягнення своїх цілей і визначити конкретні психологічні методи і прийоми для реалізації свого потенціалу.

Існує три форми організації психологічної допомоги бізнесу та підприємству: експертиза, навчання, співпраця. Так, окремі бізнес-організації практикують запрошення конкретного фахівця або групи психологів-консультантів на короткий термін для роботи за контрактом. Метою такого запрошення є: надання експертної оцінки соціально – психологічним проблемам у колективі (поліпшення іміджу організації, створення особливої атмосфери корпоративної культури, регулювання конфліктів, усунення комунікативних проблем, організація ефективної реклами, тощо); навчання певним психологічним механізмам, що дозволяють оптимізувати бізнес і роботу персоналу (лекції, навчальні семінари, психотренінги, ділові ігри тощо).

Співпраця – це тривалий контакт працівників фірми (організації, підприємства) та психологів-консультантів. У деяких банках і організаціях штатними співробітниками є професійні психологи. Як правило, вони підпорядковуються керівникові відділу по роботі з персоналом і займаються професійним відбором кадрів, проведенням регулярного тестування персоналу і його атестацією, розробкою службових інструкцій, організацією навчальних семінарів тощо.

Такі форми роботи мають як позитивні, так і негативні наслідки. Так, психологи-консультанти, які є штатними працівниками організації (фірми, підприємства), добре знайомі з внутрішніми, закритими від зовнішнього спостерігача, проблемами організації. Вони можуть мати певний доступ до конфіденційної інформації та впливати на керівництво організації у процесі

прийняття управлінських рішень відносно кадрової політики. Але при цьому вони перебувають у залежності від свого безпосереднього керівника і в першу чергу виконують завдання, поставлені саме ним. Психологи-консультанти змушені також дипломатично "обходити гострі кути", маскуючи або взагалі не торкаючись проблем, що пов'язані з інтересами різних (часто конкуруючих між собою) груп співробітників.

Консультативна діяльність (експертна оцінка, навчання) незалежних психологів зі співробітниками організації (фірми, підприємства) може бути більш ефективною у плані свободи психологів від формальної "ділової дипломатії". Проблеми, що підлягають психологічному аналізу, виділяються самими психологами-консультантами. Однак, багато прихованих проблем у взаєминах співробітників можуть залишитися невиявленими за той термін роботи, що відведений для незалежних психологів-консультантів за контрактом. Крім цього, важко, а часом і неможливо простежити результати та соціально-психологічні наслідки проведення тестування або психотренінгу.

Ефективна психологічна допомога бізнесу спрямована на досягнення двох основних цілей: організацію сфокусованої психологічної допомоги, спрямованої на конкретну групу менеджерів і службовців бізнес організації, і загально-психологічну допомогу, необхідну практично всім працівникам. Відповідно цілей накреслюються завдання, які має вирішувати психолог-консультант.

В.Ю. Меновщиков завданнями психологічного консультування в бізнесі та підприємстві вважає:

- поліпшення психологічного клімату, згуртування співробітників в єдину команду;
- вдосконалення практики підбору кадрів, зниження їх плинності;
- модернізацію організаційної структури;
- оцінку виробничих (бізнес) програм з точки зору психолога;
- надання підтримки співробітникам у розвиткові їх здібностей;
- допомога у подоланні стресів;
- досягнення відповідності між внутрішнім складом людини та її роботою;
- проведення розумної політики заохочень і покарань на фірмі;
- консультування керівників з психологічних аспектів діяльності підприємства на ринку (включаючи переговори, рекламу, маркетинг тощо).

Відомо, що при проведенні ділових переговорів з продажу товарів і послуг при організації рекламної діяльності слід, окрім раціональних підстав, враховувати емоції людей, які можуть істотно вплинути на їх поведінку.

На думку Г.С. Никифорова, завданнями психолога консультанта є:

- психологічне розвантаження співробітників організації;
- психокорекція особистісних деформацій, набутих внаслідок вигоряння;
- підвищення комунікативної компетентності, сензитивності (емпатії) і комунікативних умінь;
- розвиток навичок релаксації, саморегуляції та самоконтролю;
- формування позитивних і активних життєвих установок;
- розвиток творчого потенціалу;
- активізація мотивації самоактуалізації та особистісного зростання;
- планування особистої і професійної кар'єри.

Отже, завдання можуть бути різними і залежать від потреб замовника.

Перший контакт клієнта з консультантом (за контрактом), багато в чому визначає подальший розвиток їх взаємин і хід роботи. Успіх консультанта залежить не тільки від його професійної підготовки, а й від того, як на нього будуть реагувати керівник-замовник і очолюваний ним колектив. Консультант, який не володіє мистецтвом налагодження тривалих взаємин з клієнтом, приречений на поразку. Необхідно по-діловому і доступно пояснити замовникові, в чому консультант бачить істинні причини проблем, що виникли в організації і в чому полягає специфіка послуг з вирішення цих проблем. Щоб досягти успішного вирішення проблеми, слід враховувати той факт, що замовник і фахівець можуть по-різному дивитися на очікуваний результат і шляхи виконання завдання.

Л. Тобіас виділив такі основні принципи та механізми взаємодії консультанта і бізнес клієнта (підприємця).

1. При розмові з клієнтом необхідно продемонструвати, що консультант ставиться з великою повагою до проблеми клієнта, розуміє її і готовий ретельно нею займатися. Разом з тим замовнику з самого початку необхідно дати зрозуміти, що у консультанта є і свої професійні вимоги: сприятливі для роботи умови та час; терпіння та сприяння з боку замовника (механізм емпатії, принцип незалежності).

2. Завдання консультанта – своєю поведінкою показати клієнту, що взаємини між ними особливі й успіх справи в цілому буде залежати від того, наскільки партнери один одному довіряють (принцип довіри).

3. Надання інформації від консультанта будь-кому можливо тільки в заздалегідь обумовлених обставинах. Консультант залишає за собою право вказати або не вказувати у своєму звіті почуте у відкритій бесіді. Він не може стати джерелом інформації про будь-кого. Доступ до звітів суворо обмежений,

можливий тільки при оцінюванні претендентів на ту чи іншу посаду, або при проведенні дослідження тільки для керівництва. Про це досліджувані обов'язково попереджаються (принцип конфіденційності).

4. У ході консультування необхідно бути в курсі того, який вплив мають поради консультанта, як вони сприймаються і тлумачаться співробітниками організації. Завжди необхідно пам'ятати, що кожен крок консультанта зважується і оцінюється замовником (принцип зворотного зв'язку).

5. Консультант має поважати право людей не відповідати на його питання, але в будь-якому випадку йому необхідно отримати потрібну інформацію (принцип взаємоповаги).

У ході першої взаємодії психолога-консультанта і замовника необхідно точно визначити проблему, в зв'язку з якою був запрошений фахівець. Керівник має чітко описати цю проблему.

Консультант може прийняти завдання тільки в тому випадку, якщо він згоден з таким описом. Психолог-консультант та замовник мають зрозуміти, чого вони спільно хочуть досягти та як виміряти отримані результати. Сторони обмінюються думками про те, як кожен розглядає консультування, наскільки далеко має просунутися консультант у роботі за узгодженим завданням і яка його відповідальність перед клієнтом. Важливо відразу визначити те, як обидві сторони будуть брати участь у виконанні завдання, якими будуть їх взаємні зобов'язання. Чи бажає клієнт отримати готове рішення проблеми або хоче виробити своє з допомогою консультування.

Помилка багатьох психологів-консультантів полягає в тому, що вони автоматично вважають керівника організації (президента компанії, генерального директора або директора) своїм головним клієнтом і поведуться з ним відповідним чином. Це дратує людей, які знають, що в першу чергу вони будуть відповідати за реалізацію прийнятих рішень і що зміни торкнуться саме їх роботи, а не роботи вищого керівництва.

Інша найбільш розповсюджена помилка психологів-консультантів – залишати осторонь керівника, "забувати" інформувати його про хід роботи та звертатися за його підтримкою і допомогою тільки тоді, коли це необхідно.

Часто консультант приймає симптоми труднощів і проблем в організаціях за істинні проблеми. Наприклад, такі показники у фірмі-клієнтові, як прогули, відсутність нових ідей, безініціативність, формальне ставлення співробітників до своєї роботи, сприймаються фахівцем як суттєві проблеми, хоча вони можуть бути лише симптомами більш глибоких труднощів. Завдання психолога-консультанта в "системі клієнта" полягає в

тому, щоб визначити хто "володіє" проблемою і хто потребує допомоги, потім активізувати ініціативу клієнта в його ж власних інтересах.

Процес консультування є спільною діяльністю консультанта і клієнта з метою вирішення певної задачі й здійснення бажаних змін в організації клієнта. При цьому виявляються внутрішні ресурси та фактори розвитку організації. Цей процес має початок (встановлюються взаємини, починається робота) і кінець (консультант залишає організацію).

Робота консультанта полягає в тому, щоб розв'язати очевидну для замовника проблему. Одночасно слід не випустити з уваги ті чинники, які її створили і будуть породжувати аналогічні ситуації, якщо не розкрити їх джерело.

Консультативна діяльність з метою надання експертної оцінки складається з декількох етапів. Це – підготовка, діагностика, планування дій, впровадження (зміни в методах роботи), а також заключний етап (оцінка та звіт).

На етапі підготовки психолога до роботи здійснюється попередня діагностика проблеми. Щоб почати виконувати завдання, психолог має точно знати, чого від нього очікує замовник. З цією метою під час перших зустрічей консультант спонукає клієнта говорити якомога більше про своє розуміння проблеми. Перш ніж планувати завдання та пропонувати будь -які заходи, необхідно провести власну незалежну оцінку проблеми.

Мета попередньої діагностики – визначити і запланувати необхідне консультативне завдання чи проект для вирішення складної проблеми, яка виникла на фірмі замовника, а не тільки запропонувати способи її' вирішення. При попередній діагностиці проблеми кожен психолог-консультант застосовує свої індивідуальні підходи у відповідності з поставленими завданнями.

Проте більш поширеними є *два підходи консультанта до дослідження.*

Перший підхід полягає у зборі інформації за певними позиціями та аналізі за всіма складовими. На підставі отриманих результатів робляться висновки та рекомендації, що надаються замовнику. Спочатку консультант має проаналізувати стан справ клієнта за параметрами: минуле, сьогодні і майбутнє, зробити комплексну оцінку стану фірми (організації, підприємства). На основі цієї оцінки виявляються сильні та слабкі сторони організації, аналізуються і плануються можливі поліпшення існуючої ситуації, виробляються рекомендації щодо виходу з неї.

Другий підхід полягає в переході від аналізу загальних цілей, показників ефективності, що заплановані в організації – до аналізу причин низької

продуктивності або інших проблем, а потім до більш докладного вивчення окремих напрямів діяльності організації. Цей підхід (просування від "загального" до "конкретного") допомагає обмежити попередні діагностичні дослідження питаннями першочергової важливості або переконати клієнта в тому, що шанси досягти очікуваних результатів будуть вище, якщо дослідження врахує всі аспекти роботи організації.

Мета діагностики:

- детально вивчити проблему, що стоїть перед клієнтом (виявити фактори, що впливають на дану проблему, підготувати необхідну інформацію для прийняття рішення про те, як організувати роботу з вирішення проблеми);
- ретельно вивчити різні аспекти взаємозв'язку між даною проблемою і загальними цілями та результатами діяльності організації клієнта, а також визначити, наскільки клієнт здатний і здійснювати зміни та ефективно вирішувати проблеми.

Результатом діагностики може бути висновок, що проблему не можна вирішити або її вирішення не виправдовує витрачених зусиль.

У ході проведення експертної оцінки може з'ясуватися, що для отримання більш детальної інформації про співробітників фірми (організації) консультанту необхідно організувати поглиблене психологічне дослідження. Воно дозволить: оцінити професійну придатність певних груп співробітників; зробити опис, прогнозування стилю й якості виконання виробничих (бізнес) завдань. Психологічне обстеження дає можливість зрозуміти логіку розвитку того чи іншого співробітника, передбачити найбільш ймовірні кризи, способи подолання труднощів або виходу з них.

У процесі обстеження можуть бути розглянуті наступні характеристики клієнта: інтелектуальні, емоційні, мотиваційні, ділові (технічні, організаторські навички, стиль управління); його розуміння себе та оточуючих, вміння спілкуватися (схильність до домінування-підпорядкування, доброзичливість, здатність до співробітництва, такт, гнучкість тощо). Керівнику повідомляється, що кожен співробітник фірми (організації, підприємства) отримає від консультанта усний чи письмовий звіт за результатами психологічного обстеження, з якого співробітник вільний робити будь-які висновки. У нього є вибір: чи надати консультанту дозвіл повідомити результати обстеження керівництву чи ні, і з яким ступенем подробиць.

Якщо психолога-консультанта запросили дати експертну оцінку конфліктній ситуації на фірмі (організації, підприємстві), то він не займається аналізом індивідуальних психологічних особливостей учасників конфлікту, не

надає психологічних консультацій клієнтам, а лише допомагає їм усвідомити конфлікт, перш за все з точки зору того, що власне відбулося і чий інтерес не враховані. Психолог сприяє налагодженню переговорного процесу конфлікуючих сторін.

Вироблення пропозицій щодо необхідних змін в організації клієнта відбувається на етапі планування дій. Замовнику пропонується декілька альтернативних варіантів у вирішенні проблем відповідно до існуючої ситуації на фірмі (організації, підприємстві). Перш ніж пропонувати клієнтові варіанти зміни ситуації, слід ретельно їх продумати, враховуючи суб'єктивну готовність керівника та організації в цілому до змін. Основний наголос робиться на рекомендаціях окремим групам фахівців, колективу щодо спільної роботи з вироблення нової стратегії (цілей, завдань).

На заключному етапі консультативної діяльності психолог надає замовнику звіт, який викладається в усній або письмовій формі. Усно викласти швидше, це форма більш інформативна, гнучка. Вона дозволяє уточнити всі деталі. Письмовий звіт передбачає більш глибокий аналіз.

У випадку запрошення психолога-консультанта на фірму (організацію, підприємство) клієнта з метою навчання співробітників основам психології бізнесу та управління, його діяльність буде полягати (в залежності від контракту) у читанні лекцій, проведенні тематичних семінарів, ділових ігор і психотренінгів.

Зміст лекцій і семінарів будується у навчально-нормативному режимі: фіксується, як психологічно грамотно необхідно організовувати ділове спілкування і взаємодію, а потім описуються конкретні психотехнології.

Більш дієвим є проведення тренінгів і ділових ігор. Наприклад, метою комунікативних тренінгів є навчання навичок ефективного ділового спілкування, психології ієрархії на підприємстві (в бізнесі), ведення нарад, проведення переговорів, врегулювання конфліктів і тощо.

В залежності від мети та етапу консультативної діяльності методи та техніки, що застосовує психолог, умовно можна поділити на три групи.

До першої групи належать *методи, що дозволяють зібрати інформацію*: анкетування, ділові бесіди, інтерв'ювання, маркетингові дослідження. У другу групу входять *дослідницькі методи*. Вони націлені на критичний аналіз управлінської ситуації та організаційної структури фірми (організації, підприємства) клієнта. Це – цільові методи управління, методи оцінки психологічного клімату у колективі, методи аналізу проблем і негативних наслідків, батареї психологічних тестів. Цілі проведення тестування різні: професійний відбір на вакантну посаду, проведення атестації

персоналу, пошук ефективного індивідуального стилю управління для конкретного керівника тощо.

Треба пам'ятати, що тестування та оцінка без спостереження за співробітником тільки шляхом видачі йому бланка через третю особу не є професійним.

До третьої групи увійшли *навчальні методи*. Вони ефективні на етапах впровадження і завершення консультування: ділові ігри, активні методи навчання персоналу (тренінги), групові методи прийняття рішень.

Зупинимося більш детально на розгляді окремих прикладів консультативної діяльності в бізнесі та підприємстві.

У зв'язку з постійно зростаючою конкуренцією, перед різними бізнес – організаціями (туристичними фірмами, банками, торгівельними центрами, тощо) постає завдання втримати клієнтів. Це можливо зробити за рахунок покращення сервісу. Для навчання співробітників новим технологіям обслуговування клієнтів може бути проведена спеціальна консультація з метою аналізу ситуації, виділення дійсних причин, через які найчастіше уходять постійні клієнти; формування психологічної готовності співробітників до самозміни.

У процесі обговорення з'ясується, що одна з причин відмови клієнтів у послугах банку (туристичними фірмами) пов'язана з бажанням мати сервісне обслуговування з тим же рівнем комфортності, як і на заході, включаючи психологічно грамотне спілкування співробітників. Тому співробітникам банку пропонується обговорити конкретні ситуації, в яких змодельовані випадки втрати клієнтів. Демонструються способи застосування технік переконання, аргументації, емоційного і комунікативного підлаштування під клієнта, конструктивного вирішення конфліктів і суперечностей.

Проводиться конструктивна критика застарілих, неефективних способів роботи. Завдяки використанню відеотехніки співробітники отримують можливість виокремити в своїй поведінці ті дії, які є помилковими або неефективними. Обговорюються ситуації: відсутності проявів уваги до клієнта і комунікативних засобів, що допомагають організувати партнерство, виробити розумний компроміс; невміння скласти уявлення про індивідуальні особливості клієнта; відсутність розуміння його цілей.

Співробітників ознайомлюють з психотехніками встановлення позитивного початкового контакту з клієнтом, методів експрес- діагностики цілей і характерних особливостей клієнта. Вони обговорюють ситуації психологічно грамотного спілкування з клієнтом, встановлення з ним довірливої атмосфери в процесі ділового спілкування, освоюють прийоми

конструктивного залагодження конфліктів, способи формулювання відмов, що не викликають образу у клієнта тощо.

У деяких випадках (за необхідності) у процесі групової консультації обговорюються екстремальні ситуації взаємодії з конкурентами, показуються спеціальні переговорні техніки, що дозволяють досягти бажаного результату за короткий час, описуються правила ділового етикету.

Як зазначалося раніше, при організації сфокусованої психологічної допомоги психологи-консультанти працюють з окремими групами людей. Наприклад, з бізнесменами певного посадового рівня ієрархії (керівництвом банку, фірми, організації, підприємства), або представниками певної професії (менеджерами, маркетологами тощо). У кожній з цих груп є свої специфічні проблеми, до вирішення яких прагнуть психологи.

Отже, консультативна діяльність у бізнесі та підприємстві має три форми: надання експертизи, проведення навчання, співпраця з клієнтом (замовником).

Етапами консультативної діяльності є – підготовка, діагноз, планування дій, впровадження, заключний етап (оцінка і звіт). В залежності від мети й етапів консультування психолог застосовує різні методи: дослідницькі, навчальні, а також методи збору інформації.

Перш ніж пропонувати клієнтові варіанти зміни ситуації, слід ретельно їх продумати, виходячи із загальної ситуації й враховуючи суб'єктивну готовність до змін керівника та організації в цілому.

Психологічне консультування тривожних клієнтів, клієнтів з реакціями страху та фобіями

Тривожність займає одне з найважливіших місць як у нормальній психодинаміці, так і у психопатології, тобто у виникненні різних симптомів. Тривожність попереджає про небезпеку, загрозу, а тому має не меншу цінність, ніж біль. Тривожність – сигнал не лише попереджувальний, але й захищаючий від конфліктів, оскільки він задіює механізми психологічного захисту.

Тривожність є реактивним станом, який викликає фізіологічні зміни, які готують організм до боротьби – відступу або опору. При тривожності збуджується серцево-судинна система (частішає ритм серця, підвищується кров'яний тиск), а діяльність травного тракту пригнічується (зменшується активність секреції і перистальтика).

Тривожність проявляється на трьох рівнях:

- нейроендокринному (виділення адреналіну – епінефрин) ;
- психічному (невизначені побоювання).

соматичному або моторно-вісцеральному (фізіологічні реакції різних систем організму на збільшення продукції епінефрину).

Робота консультанта із клієнтом, який звернувся внаслідок постійної тривожності, стомлююча, тому що клієнтові часто важко пояснити, які проблеми приховані за цим виснажливим переживанням. Консультант повинен вміти побачити різні прояви тривожності, оскільки остання часто проявляється непрямо.

Консультуючи тривожних клієнтів, важливо знати не лише способи, якими вони приховують свою тривожність, але й засоби, за допомогою яких прагнуть позбутися від неприємного впливу тривожності. Цими засобами служать механізми психологічного захисту, які функціонують автоматично, на несвідомому рівні. Використання захисних механізмів для зменшення тривожності не представляє патології, поки не стає перебільшеним і не починає спотворювати розуміння реальності і обмежувати гнучкість поведінки.

Основними механізмами психологічного захисту від впливу тривожності є:

витиснення – процес мимовільного усунення в несвідоме неприйнятних думок, спонукань або почуттів. Найбільше широко відомі дві комбінації захисних механізмів: витиснення + зсув (ця комбінація сприяє виникненню фобических реакцій) і витиснення + конверсія (ця комбінація утворює основу істеричних реакцій) ;

регресія – за допомогою цього механізму здійснюється неусвідомлене сходження на більш ранній рівень пристосування, що дозволяє задовольняти бажання. Регресія може бути частковою, повною або символічною. У нормі регресія проявляється в іграх, у реакціях на неприємні події, у ситуаціях підвищеної відповідальності, при захворюваннях. У патологічних формах регресія проявляється при психічних хворобах;

проекція – це механізм віднесення до іншої особи або об'єкта думок, почуттів, мотивів і бажань, які на свідомому рівні індивід у себе відкидає. Цей механізм часто спрацьовує в незрілих і ранимих особистостях. У випадках патології проекція приводить до галюцинацій і марення, коли втрачається здатність відрізнити фантазії від реальності;

інтродекція – це символічне включення у себе людини або об'єкта. Механізм інтродекції актуалізується під час горя, при втраті близької людини;

раціоналізація – це захисний механізм, який виправдовує думки, почуття, поведінку, які насправді є неприйнятними. Раціоналізація –

найпоширеніший механізм психологічного захисту, вона допомагає зберігати самоповагу, уникати відповідальності і провини;

інтелектуалізація припускає перебільшене використання інтелектуальних ресурсів з метою усунення емоційних переживань і почуттів і пов'язана з раціоналізацією, замінюючи переживання почуттів міркуваннями про них;

компенсація – це несвідома спроба подолання реальних і уявних недоліків. Компенсація може бути соціально прийнятною і непринятною, також виділяють пряму і непряму компенсацію.

реактивне формування заміняє неприйнятні для усвідомлення спонукання гіпертрофованими, протилежними тенденціями, цей захист носить ступеневий характер: спочатку витісняється неприйнятне бажання, а потім підсилюється його антитеза;

заперечення – це механізм відкидання думок, почуттів, бажань, потреб або реальності, які неприйнятні на свідомому рівні, примітивний механізм заперечення характерний для дітей, а дорослі часто використовують заперечення у випадках кризових ситуацій;

зсув – це механізм направлення емоцій від одного об'єкта до більш прийнятної заміни, часто проявляється при реакціях фобій.

Дуже важливо дати клієнтові змогу виговоритися і виразити свою тривожність, тому що неспокійний клієнт мало що чує, до нього не доходять поради консультанта. З тривожним клієнтом необхідно обговорювати його стан, не можна забувати, що не варто даремно тиснути на клієнта, щоб він назвав причини своєї тривожності – консультант повинен виявити розуміння і терпимість. Не треба також піддаватися спокусі міркувати про стреси й напругу, властивих нашого часу, це не зачіпає страждань конкретного клієнта.

У психологічному консультуванні зустрічаються два типи страхів – нормальні, які розуміються як природна реакція, і патологічні, які називають фобіями. Для того, щоб консультант міг ефективно надавати допомогу, він повинен розуміти психологічний зміст і психодинаміку різного роду страхів.

Найчастіше клієнти звертаються з приводу конкретних страхів, пов'язаних важливими подіями. У таких випадках спочатку варто допомогти клієнтові зрозуміти зміст події, яка виликала почуття страху, розібратися, у якому ступені його реагування на цю подію є виправданим і адекватним.

Складнішим є консультування клієнтів з фобіями. Основу патологічних страхів становить глибоко прихована тривожність, а механізм формування фобій полягає у зсуві тривожності від первинної ситуації або об'єкта, який викликав занепокоєння, на іншу ситуацію або об'єкт. Людина починає боятися

речей, які є лише аналогами об'єктів первинної тривожності. Такий зсув відбувається внаслідок недозволених внутрішніх конфліктів.

Консультант не повинен спішити інтерпретувати внутрішні конфлікти клієнта на підставі його конкретної фобії. В інтерпретаціях дуже важко ґрунтуватися на символічному змісті фобії, оскільки за однією й тією ж фобією в різних людей можуть приховуватися різні конфлікти.

Консультант повинен мати на увазі типові риси поведінки клієнтів з фобіями, оскільки часто доводиться поступатися клієнтам і не зачіпати неприємні теми, щоб не причиняти їм страждань, однак така тактика не дозволяє сподіватися на успіх у корекції фобій. Ще один спосіб уникнення тривоги клієнтів з фобічними реакціями – це заняття самолікуванням.

Консультантові важливо розібратися, яку вторинну вигоду отримує клієнт зі своєї поведінки у сімейних відносинах, на роботі або інших областях. Шанси зрозуміти клієнта збільшуються, якщо вживається спроба поглянути на його проблеми або симптоми в більш широкому контексті. Ще одна особливість консультування клієнтів з фобіями реакціями полягає в тому, що страхи можуть передатися консультантові. Якщо таке відбулося і самого консультанта охопила тривожність, то цим випадком не слід займатися, оскільки ефективна корекція страхів вимагає від консультанта посиленого самоконтролю.

Психологічне консультування клієнтів із депресією та суїцидальними намірами

Депресивними називаються аномальні стани психіки людини, які супроводжуються пригніченістю, почуттям суму, безвихідністю, розпачем. Перебуваючи в такому стані, людина звичайно важко його переживає, часто винить себе за нього. Під час депресії, як її типовий наслідок, у людини з'являється байдужість до того, що відбувається з нею і довкола неї, значно і на тривалий час знижується працездатність. Людина виявляється не в змозі контролювати свої емоції, розумно керувати своєю поведінкою.

Усвідомлення цього, а також несприятливих наслідків депресії, ще більше ускладнює, робить важким психологічний стан людини. Не маючи можливості самотійно впоратися з депресією і в той же час не вважаючи себе хворою людиною, не бажаючи йти до лікаря-психіатра, дана людина воліє звернутися по допомогу до психолога.

Консультант-психолог, зіштовхнувшись з депресивним станом клієнта, насамперед повинен визначити, чим цей стан викликаний. Якщо депресивний стан породжений серйозною хворобою клієнта, то одного психологічного впливу на нього буде недостатньо, щоб вирішити його проблему, знадобиться,

швидше за все, медичне втручання. Однак якщо клієнт фізично здоровий і психологічно не хворий, то цілком може розраховувати на ефективну допомогу з боку психолога-консультанта.

Приступати до надання такої допомоги клієнтові необхідно із з'ясування причин його депресії, тому що без їх точного знання практично неможливо успішно боротися з депресивними станами. Таких причин може виявитися декілька, і в цьому випадку необхідно направити зусилля на те, щоб блокувати, усунути їх вплив.

Імовірні причини депресивних станів клієнта можна визначити, задавши йому, наприклад, наступні запитання:

Згадайте, що безпосередньо передувало виникненню у вас останнього за часом депресивного стану?

Чи були подібні або які-небудь інші ситуації в минулому, які також приводили до виникнення депресії?

З чим конкретно, з якими подіями вашого життя найчастіше пов'язується виникнення депресивних станів?

Чи можете ви охарактеризувати свої депресивні стани за їх силою і тривалістю, а також за іншими можливими проявами?

З'ясувавши, які причини звичайно викликають депресію клієнта, психолог-консультант, у відповідності зі значимістю і тривалістю дії цих причин, класифікує їх за ступенем можливого впливу на клієнта. Перше місце в цій класифікації займають причини, які породжують у клієнта найбільш глибокий і тривалий стан депресії, а останнє – ті, при яких депресія є ледь помітною і швидко проходить. Така попередня класифікація можливих причин депресії, проведена перед їх усуненням, необхідна для того, щоб направити психологічне консультування, в першу чергу, на порятунок клієнта від причин, які викликають у нього найбільш важку депресію.

Ще до того, як психолог-консультант приступить до наступного етапу роботи з клієнтом, пов'язаним з пошуком практичних рекомендацій щодо усунення депресії, необхідно уважно вивчити власний досвід клієнта щодо боротьби з депресивними станами, причому як успішний, так і невдалий. Це необхідно для того, щоб рекомендувати клієнтові те, з чим він особисто вже знайомий і що раніше якось допомагало йому, і разом з тим не радити того, що він уже пробував робити, але безуспішно.

Одержати про це необхідну інформацію від клієнта можна, поставивши перед ним наступні питання:

Що конкретно ви вже вживали для того, щоб впоратися зі своєю депресією?

Які з розпочатих вами кроків виявилися вдалими, привели до усунення або хоча б до полегшення депресивного стану?

Як ви думаєте, чому ці кроки виявилися успішними?

Які з розпочатих вами спроб упоратися з депресією виявилися невдалими і чому?

Консультантові варто порадити клієнтові скористатися, насамперед, тим, до чого він у своєму житті вже звик і що вже дало позитивні результати. Природно, тут консультант повинен буде внести що-небудь нове від себе, а не просто повторити те, що клієнтові вже досить добре відомо. Потім необхідно порадити клієнтові зробити те, що він сам ще не пробував робити, сказавши, що якщо його новий досвід виявиться вдалим, то його варто розширити, а якщо невдалим – відмовитися від нього. У рекомендації клієнтові про те, як краще впоратися зі своїми депресивними станами, дуже важливо враховувати його індивідуальні особливості. Те, що годиться для однієї людини, може виявитися цілком невідходящим для іншої людини, і навпаки.

Наведемо найбільш загальні поради, якими у цьому випадку потрібно скористатися психологові-консультантові:

клієнтові зі слабкою волею не можна рекомендувати те, що вимагає значних і тривалих вольових зусиль, що не розраховано на досягнення швидкого позитивного ефекту. Такому клієнтові розумно радити те, чим він може скористатися легко і що може дати позитивний результат майже відразу, навіть якщо цей результат слабко помітний спочатку;

наполегливого клієнтові з сильною волею, навпаки, бажано рекомендувати те, що може мати максимальний, чітко виражений ефект, але вимагає від нього довгих, напружених зусиль, спрямованих на досягнення цього ефекту;

клієнтові з невдалим минулим досвідом регулювання власних депресивних станів треба, для підвищення впевненості у собі, рекомендувати те, що може відразу ж дати виражений позитивний ефект;

занадто оптимістично настроєному клієнтові, який очікує швидких позитивних і значних результатів від застосування отриманих практичних рекомендацій, варто порадити бути більш стриманим у своїх очікуваннях;

того, хто, навпаки, настроєний з самого початку досить скептично, не вірить у позитивний результат справи, варто підбадьорити.

Не всі люди в стані депресії мають намір вчинити самогубство, однак поза депресією самогубство відбувається дуже рідко. Вживаються спроби дати більш повну характеристику групі потенційних самогубців. На сьогодні (за Кеннеді) розрізняють кілька критеріїв ризику:

самотні чоловіки (розлучені і без близьких друзів) старші 40 років;
особи, які живуть на самоті;
алкоголіки;
люди, які пережили значну втрату;
люди похилого віку, які страждають на соматичні захворювання.

Також відзначають дві умови, які сприяють спробам самогубства. Перша – збільшення стресу до важкого для індивіда рівня. Друге – нездатність перебороти стрес ні наодинці, ні за допомогою інших. Здебільшого рішення про самогубство не виникає раптово – часто йому передуює серія спроб поділитися своїми намірами з іншими людьми.

Виділяють чотири умови, які сприяють можливості самогубства:

депресія;

дезорієнтація з галюцинаціями і маренням;

прагнення повернути собі контроль за оточенням у певних обставинах, наприклад: невиліковно хвора людина може намагатися вчинити самогубство з метою взяти під контроль час своєї смерті;

залежність від інших і значна незадоволеність таким положенням.

Дуже важлива риса потенційного самогубця – амбівалентність. Вона ускладнює розпізнання справжніх його намірів, тому про тих, хто змагався вчинити самогубство, іноді можна почути: «Не схоже на депресію – учора ввечері в нього був гарний настрій».

Консультант, який зустрічається із клієнтами, що мають суїцидальні наміри, насамперед зобов'язаний проаналізувати власні установки і почуття стосовно самогубства, знати їх заздалегідь. У роботі ніколи не слід приховувати свої справжні почуття. Гарний контакт із консультантом може бути найміцнішою ниткою, яка зв'яже людину, що втратила надію, з життям. Іноді вважається, що обговорення з клієнтами можливості самогубства тільки підсилює їх намір, однак, як правило, бесіда про почуття, які підштовхують до самогубства, зменшує імовірність реалізації спонукань, тому консультант не повинен ухилятися від обговорення з депресивними клієнтами проблеми самогубства. Тим самим він показує клієнтові, що думки про самогубство можуть бути сприйняті і зрозумілі іншою людиною.

Розглядаючи дуже серйозно будь-який намір самогубства, все ж таки не можна забувати про можливість маніпулятивної загрози з метою переконати консультанта у важливості своєї проблеми і претендувати на максимум його часу. Більшість симулянтів є істеричними особистостями, деякі клієнти говорять про самогубство з бажання помститися тим, хто нібито їх

недостатньо любити. Взагалі елемент ворожості присутній майже в кожному самогубстві.

Зустрівшись на консультації з депресивним клієнтом, який висловлює суїцидальні наміри, дуже важливо оцінити ризик їх реалізації. Від правильного прогнозу може залежати життя клієнта. Як вважає Претцель, “задум самогубства має три складові: вибір засобу, убивча міць засобу і його доступність”. Якщо людина вже вибрала спосіб самогубства, який напевно забезпечує смерть, і засіб легко доступний, ризик стає дуже значним.

Ступінь імовірності самогубства консультант може з'ясувати, задаючи клієнтові непрямі запитання. Прямо запитувати: «Чи не маєте Ви наміру вчинити самогубство?» – неприйнятно, тому що таке питання спонукає клієнта до заперечення. Ефективною є тактика «поступового» розпитування.

Поступовість опитування дає можливість точніше довідатися, як далеко зайшов клієнт у своїх думках про смерть. У наведеному випадку клієнт має явні суїцидальні наміри, однак прямої загрози самогубства ще немає. Засновник логотерапії Франкі пропонує оцінювати замість імовірності самогубства величину життєвого потенціалу і запитувати клієнта не про причину небажання жити, а про сенс життя для нього. Чим більше існуватиме ниток, які зв'язують клієнта з життям, тим менш імовірним буде самогубство. Існують певні правила консультування осіб, які збираються вчинити самогубство:

- 1) з такими клієнтами потрібно частіше зустрічатися;
- 2) консультант повинен звертати увагу суїцидального клієнта на позитивні аспекти в його житті. Наприклад: «Ви згадували, що колись багато чим цікавилися. Розкажіть про свої уподобання» або «Завжди є заради чого жити. Що Ви думаєте про це?». Такі запитання допомагають клієнтові відшукати ресурси для подолання важкого етапу життя.
- 3) довідавшись про намір клієнта вчинити самогубство, не треба панікувати, намагатися відволікти його якимось заняттям і застосовувати до моралізацію («Від цього нічого не зміниться», «А Ви знаєте, що всі релігії вважають самогубство найбільшим гріхом?»). Така тактика лише переконає клієнта, що його ніхто не розуміє і консультант – в тому числі.
- 4) фахівець повинен залучити до роботи із клієнтом між консультативними зустрічами значимих для нього людей (близьких, друзів).
- 5) клієнт повинен мати можливість у будь-який час подзвонити консультантові, щоб той міг контролювати його емоційний стан.
- 6) при високій імовірності самогубства варто вжити заходів обережності – проінформувати близьких клієнта, обговорити питання про госпіталізацію.

Консультантові не завжди легко це виконати. Клієнт нерідко починає заперечувати свої наміри і стверджує, що нема чого за нього турбуватися, однак консультантові краще розраховувати на свою інтуїцію і врахувати небезпечні ознаки в поведінці клієнта, оскільки подібні заяви можуть носити відволікаючий характер.

У випадках явного суїцидального ризику консультант повинен вимагати негайної госпіталізації, хоча більшість клієнтів категорично протестують проти перебування у психіатричній клініці. Окремі психотерапевти вважають, що клієнта шокує зміна поведінки консультанта. Людина, яка спонукає до незалежності і вільного вибору, раптом бере на себе повноваження обмежити свободу клієнта, замкнути його у психіатричній клініці. Більшості людей здається, що право остаточного вибору має кожна людина, але обов'язок консультанта у випадку загрози самогубства – зробити максимум, щоб вплинути на вибір клієнта на користь життя.

7. Консультант не повинен дозволяти клієнтові маніпулювати собою за допомогою загрози самогубства.

8. Консультант зобов'язаний не забувати, що він не Бог і, незважаючи на найкращі наміри, не завжди здатний перешкодити самогубству. Найбільшу відповідальність за власні дії несе сам клієнт. Консультант не може повністю і одноосібно відповідати за клієнта. Він лише професійно відповідальний за припинення реалізації суїцидальних намірів. Однак незаперечна аксіома – якщо клієнт дійсно хоче покінчити з життям, ніхто не здатний зупинити його.

9. Консультант зобов'язаний докладно, у письмовій формі, документувати свої дії, щоб у випадку нещастя він зміг довести собі й іншим, що діяв професійно і прийняв всіх заходів для запобігання катастрофи. Консультант повинен знати специфіку консультування осіб, які намагалися вчинити самогубство. Консультування направляється на подолання спонукань до самогубства, які ще залишаються після невдалої спроби.

Гамільтон і Мосс виділяють три етапи консультування:

- у гострій фазі;
- у фазі одужання;
- після одужання.

Особливо значимою є робота консультанта у двох перших фазах.

Під час першого контакту після невдалого самогубства на перший план виступають унікальність ситуації і самопочуття «самогубця-невдахи». Людина, яка пережила максимальну напругу духовних сил, розуміє, що не померла, однак обставини, які призвели до спроби піти з життя, у нього залишилися.

Момент «пробудження» – це початок нового етапу життя цієї особи, тому важливо, який «вплив» буде вписано в «чистий аркуш» свідомості клієнта. Час перших контактів не повинен обмежуватися, клієнтові слід дозволити виговоритися. Від консультанта, який зустрічається з таким клієнтом, потрібна непідроблена щирість, зосередження і віддача всіх своїх духовних сил. Мається на увазі щось більше, ніж обов'язок консультанта. Після спроби самогубства клієнт максимально оголений і дуже вразливий, він ясно відчуває внутрішній стан консультанта. У першій фазі не слід починати обговорення основного конфлікту і лише поступово можна перейти до причин і психосоматичного змісту самогубства. Власне, консультування має бути спрямоване на зменшення тривоги і безнадійності.

Фаза одужання починається, коли клієнт може повернутися у своє колишнє оточення. Під час другої фази, як і після повного відновлення, можливе повторення суїцидальних спонукань. Провокуючий вплив справляє саме оточення, безпосередньо пов'язане з травмуючим фактором, тому на другому етапі дуже важлива робота консультанта з родиною суїцидента. Допомога родині нерідко вирішує проблематичні обставини.

Взагалі, спроба самогубства – істотна причина для змін у сімейному житті, точніше кажучи, такі зміни стають неминучими, і лише зміна умов життя може справити лікувальний вплив. Спроба клієнта зробити самогубство, а тим більше здійснене самогубство, є для консультанта дуже важкою психічною травмою.

Психологічне консультування клієнтів, які переживають провину

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

1. Практично всім людям знайомі такі природні переживання людини, як тривога, самотність, свобода й відповідальність. Воно виникає при порушенні індивідом значимих для нього норм моралі. Одночасно це і почуття невиконаного обов'язку.

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

3. Розрізняють справжню, невротичну і екзистенціальну провини. Справжня провина виникає в результаті усвідомлення провин. У такому випадку можлива й необхідна заслужена розплата. Невротична провина виникає у результаті усвідомлення провинностей чи порушення заборон. Для невротичного почуття провини характерні перебільшення й нещирість.

4. При неврозах почуття провини ніби допомагає індивіду виправдатися перед собою та іншими. Він зовсім не намагається позбутися цього почуття і навіть енергійно протривить будь-яким намаганням зменшити його. Іноді в переживаннях провини проявляється навіть своєрідна демонстративність. Індивід спеціально принижує себе і тим самим вимагає схвалення своїх учинків тому він боляче і вороже сприймає будь-яку сторонню критику, злиться, коли хтось серйозно починає звертати увагу на його провину.

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

У такого індивідуума почуття провини й тривоги виникає одразу, як лише звертається увага на його вимоги до оточуючих. Ці почуття надають невротичній особистості упевненості, що вона не буде осудженою, тим самим маскується дійсна проблема.

Таким чином, почуття вини є не лише наслідком демаскування, але і способом психологічного захисту від страху. За фасадом провини збільшується почуття безпеки, а оточуючі провокуються індивідом на запевнення в його невинності. Окрім того, почуття вини дає підстави вважати себе моральним і добросовісним. Тенденція до самообслуговування також охороняє від необхідності змінюватися. Ще одна важлива функція невротичного почуття провини полягає в тому, що вона зменшує небезпеку звинувачення зі сторони інших, інколи безпечніше наперед узяти вину на себе.

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

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

Завдання консультанта:

1. У психологічному консультуванні важливо вирішити, коли "гріховність" допомагає клієнту усвідомити особисту відповідальність за власні вчинки і змінити поведінку у позитивному напрямку, коли, навпаки, заважає успішному вирішенню життєвих проблем.

2. Отже, не завжди консультант повинен поспіхом звільнювати клієнта від почуття вини. Інколи слід допомогти пережити неминучу гріховність, що самою природою призначена людині.

3. У випадку справжньої провини важливо обговорити з клієнтом питання про її спокутування. Звільнення від невротичної провини передбачає усвідомлення її "сумнівності". Лише таким шляхом можливе очищення. У всіх випадках консультанту необхідне глибоке знання різних аспектів переживання вини.

3.3. ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОГО КОНСУЛЬТУВАННЯ ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ ТА ЇХ БІТЬКІВ

Специфіка роботи консультанта з тривожністю дітей дошкільного та молодшого шкільного віку.

Практикуючий психолог у роботі із тривожною дитиною повинен звернути особливу увагу на підвищення її самооцінки.

Звичайно, ж, підвищити самооцінку дитини за короткий час неможливо. Необхідно щодня проводити цілеспрямовану роботу. Звертатися до дитини по імені, хвалити її навіть за незначні успіхи, відзначати її у присутності інших дітей. Однак похвала повинна бути щирою, тому що діти гостро реагують на фальш. Причому дитина обов'язково повинна знати, за що її похвалили. У будь-якій ситуації можна знайти привід для того, щоб похвалити дитину.

У ході психокорекційної роботи бажано, щоб тривожні діти частіше брали участь у таких іграх у колі, як «Компліменти», «Я дарую тобі...», що допоможуть їм довідатися багато приємного про себе від навколишніх, глянути на себе «очима інших дітей». А щоб про досягнення кожного учня чи вихованця довідалися навколишні, в класі можна оформити стенд «Зірка тижня», на якому раз у тиждень вся інформація буде присвячена успіхам конкретної дитини.

Кожна дитина таким чином, отримає можливість бути в центрі уваги. Кількість рубрик для стенда, їх, зміст і розташування обговорюються разом дорослими та дітьми.

Можна відзначати досягнення дитини в щоденній інформації для батьків (наприклад, на стенді «Ми сьогодні»): «Сьогодні, 21 січня 1999 року, Сергій протягом 20 хвилин проводив дослід із водою й снігом». Таке повідомлення дасть зайву можливість батькам виявити свою зацікавленість. Дитині ж буде

легше відповідати на конкретні питання, а не відновлювати в пам'яті усе, що відбувалося в групі за день.

У роздягальні, на шафці кожної дитини можна закріпити емблему «Квітка досягнень», вирізану з кольорового картону. У центрі квітки - фотографія дитини. А на пелюстках, що відповідають дням тижня, - інформація про результати дитини, якими вона пишається.

У молодших класах інформацію в пелюстки вписують вчителі, але заповнення «Квіток досягнень» можна доручити дітям. Це послужить стимулом для навчання письма. До того ж ця форма роботи сприяє встановленню контактів між дітьми, тому що ті з них, що ще не вміють читати чи писати, часто звертаються по допомогу до товаришів. Батьки, приходячи в школу, поспішають довідатися, чого ж домоглася їхня дитина протягом дня, які її успіхи.

Позитивна інформація дуже важлива і для дорослих, і для дітей, для установалення взаєморозуміння між ними. Причому потрібна вона для батьків дітей будь-якого віку.

Таким чином, використання наочної форми роботи (оформлення стендів, інформаційних «Квіток досягнень» і т.п.) допомагає вирішити відразу кілька педагогічних задач, одна з яких - підвищення рівня самооцінки дітей, особливо тих, у кого висока тривожність.

Навчання дітей керувати своєю поведінкою. Як правило, тривожні діти, не повідомляють про свої проблеми відкрито, а іноді навіть ховають їх. Тому, якщо дитина заявляє дорослим, що він нічого не боїться, це не означає, що його слова відповідають дійсності. Швидше за все, це і є прояв тривожності, у якій дитина чи не може не хоче зізнатися.

У цьому випадку бажано залучати дитину до спільного обговорення проблеми. Можна запропонувати дітям намалювати свої страхи, а потім у колі, показавши малюнок, розповісти про нього. Подібні бесіди допоможуть тривожним дітям усвідомити, що в багатьох однолітків існують проблеми, подібні з тими, котрі характерні, як їм здавалося, тільки для них.

Звичайно, усі дорослі знають, що не можна порівнювати дітей один з одним. Особливо коли мова йде про тривожних дітей, цей прийом категорично неприпустимий. Крім того, бажано уникати змагань і таких видів діяльності, що примушують порівнювати досягнення одних дітей з досягненнями інших. Іноді травмує фактором може стати проведення навіть такого простого заходу як спортивна естафета. Краще порівняти досягнення дитини з його ж результатами, показаними, наприклад, тиждень назад. Навіть якщо дитина зовсім не справилася із завданням, ні в якому разі не можна повідомляти

батькам: «Ваша дочка гірше усіх виконала аплікацію» чи «Ваш син закінчив малюнок останнім».

Якщо в дитини виявляється тривога при виконанні навчальних завдань, не рекомендується проводити, які-небудь види робіт, що враховують швидкість. Таких дітей варто запитувати не на початку і не наприкінці уроку, а в середині. Не можна підганяти й квапити їх.

Звертаючи до тривожної дитини із проханням чи питанням, бажано установити з нею контакт очей: або ви нахилитеся до неї, або підніміть дитину до рівня ваших очей.

Спільно з дорослим складання казок і історій навчить дитину виражати словами свою тривогу й страх. І навіть якщо вона приписує їх не собі, а вигаданому герою, це допоможе зняти емоційний вантаж внутрішнього переживання і якоюсь мірою заспокоїть дитину.

Навчати керувати собою в конкретних, найбільш хвилюючих її ситуаціях, можна й потрібно в повсякденній роботі з дитиною.

Діти грають у школу, багаторазово повторюючи ситуацію, що їх хвилює. По розповіді одного із психологів він, прийшовши проводити корекційне заняття, застав таку картину: діти грали в «грізного, строгого вчителя». Тим самим вони відпрацьовували навичку відповіді біля дошки на уроці такого педагога.

Дуже корисно застосовувати в роботі із тривожними дітьми рольові ігри. Грати можна як знайомі ситуації, так і ті, котрі викликають особливу тривогу дитини (наприклад, ситуація «боюся вихователя, учителя» дасть дитині можливість пограти з лялькою, що символізує фігуру педагога; ситуація «боюся війни» дозволить діяти від імені фашиста, бомби, тобто чогось страшного, чого боїться дитина).

Ігри, у яких лялька дорослого виконує роль дитини, а лялька дитини - роль дорослого, допоможуть дитині виразити свої емоції, а вам - зробити багато цікавих і важливих відкриттів. Тривожні діти бояться рухатися, але ж саме в рухливій емоційній грі (війна, «козаки-розбійники») дитина може пережити і сильний страх, і хвилювання, і це допоможе їй зняти напругу в реальному житті.

Зняття м'язового напруження. Бажано при роботі з тривожними дітьми використовувати ігри, що передбачають тілесний контакт. Дуже корисні вправи на релаксацію, техніка глибокого подиху, заняття йогою, масаж і просто розтирання тіла.

Ще один спосіб зняття зайвої тривожності — розфарбовування обличчя старими маминими помадами. Можна також улаштувати імпровізований

маскарад, шоу. Для цього потрібно приготувати маски, чи костюми або інший уживаний дорослий одяг. Участь у вищезгаданому інсценуванні допоможе тривожним дітям розслабитися. А якщо маски й костюми будуть виготовлені руками дітей (звичайно, за участю дорослих), гра надасть дітям ще більшого задоволення.

Такі діти, і справді, думають, що вони гірше інших в усьому: некрасиві, нерозумні, незграбні. Вони шукають заохочення, схвалення дорослих у всіх справах.

Для тривожних дітей характерні і соматичні проблеми: біль у животі, запаморочення, головні болі, спазми в горлі, важке поверхневе дихання й ін. Під час прояву тривоги вони часто відчують сухість у роті, слабкість у ногах.

Специфіка роботи консультанта зі страхами та фобіями дітей дошкільного та молодшого шкільного віку

Психолог-консультант має знати набір орієнтовних схем вибудовування своєї консультативної практики у роботі з психологічними запитами учнів початкових класів та їх батьків. Відобразимо їх специфіку:

– проблема підвищеної тривожності, страхів, фобій у дітей має інколи фізіологічну основу – порушення функціонування залоз внутрішньої секреції, хвороби розвитку гормональної системи організму, проте частіше – психологічну. Передусім йдеться про агресію в сім'ї по відношенню до дитини, зумовлену алкоголізмом, психопатіями або комплексом психічної неповноцінності батьків. Тривожність, як риса особистості, може формуватися у молодшого члена родини за умов виховання тривожною матір'ю, татом, бабусею або іншими родичами, що спричинено механізмом ідентифікації. Стиль спілкування тривожних батьків засвоюється в ранньому та молодшому віці на підсвідомому рівні, як реакція переляку, втечі від можливих конфліктів, вольової дезорганізації.

На початку консультації психолог з'ясовує, в яких ситуаціях проявляються тривоги, страхи, фобії учня. Порушує тему сімейного виховання дитини, з єдиною метою – встановити психогенну, провокуючу причину виникнення негативних емоцій. В будь-якому випадку, зменшити страх або позбавитися від нього можливо через нівелювання впливу провокуючого фактору. Психолог має відверто порекомендувати батькам змінити стиль сімейного виховання, негативне ставлення до дитини, самим позбутися комплексу психологічної неповноцінності, тривожності, роз'яснити відмінність між поняттями виховання і дресура;

– шкільна дезадаптація, навчальна неуспішність, відсутність навичок комунікації та соціальної взаємодії з однолітками і дорослими виникають у

дітей за таких причин: невідповідність до школи, домашнє виховання, брак досвіду соціального спілкування з однолітками у дошкільних навчальних закладах, відсутність системності у вихованні дитини.

Психолог на початку консультування з'ясовує у самої дитини, скільки у неї друзів у класі, з ким спілкується поза школою, як вона ставиться до вчителя, уроків. Відповіді на такі прості запитання формують цілісну картину проблеми, тобто з'ясовуються причини її виникнення, провокуючі фактори, відповідно і шляхи розв'язання. Шкільний психолог має додатково провести консультативну бесіду з учителем початкових класів, реалізуючи мету активного заохочення та позитивного переживання дитиною успіхів у навчанні, спілкування з однолітками на перерві. Окремо виникає проблема роботи з батьками школяра, реалізація програми сімейної підтримки дитини, яка адаптується до школи. Навіть така проста рекомендація батькам, як запрошення однокласників на день народження своєї дитини або для перегляду цікавої телепередачі, малювання, конструювання, дозволяє активізувати навички спілкування з однолітками, сприяє покращенню шкільної адаптації;

– надмірне фантазування дитини або гіперфантазування негативно позначається на шкільній успішності, формуванні навичок соціалізації в цілому. На прийомі у психолога батьки скаржаться, що дитина неуважна на уроках, систематично не встигає записувати домашнє завдання, виконувати навчальні вправи на уроках та поза школою. Фантазування дитини може супроводжувати різні психічні та особистісні дисгармонії (патології), як то патологічну брехливість, психопатичні розлади, "синдром філософської інтоксикації". Проте, частіше надмірний розвиток уяви молодших школярів штучно стимулюється тривалим переглядом мультфільмів, комп'ютерними іграми. Психолог, консультуючи батьків, має порушити питання відпочинку дитини після уроків, можливо рекомендувати обмежити час роботи за комп'ютером, оскільки основною метою розвитку особистості школяра має бути гармонія психічного розвитку, і, передусім, формування реалістичності світогляду;

– непрогнозовані афективні реакції учня на типові подразники (оцінки, зауваження вчителя, спілкування) такі як плач, замкненість, боязкість, як правило, є наслідком виснаження нервової системи дитини. Причини можуть бути різними: надмірно високі вимоги в сім'ї до навчальної успішності школяра, що насамперед характерне для батьків-педагогів; фізична та психічна втома внаслідок завантаженості учня, зокрема, при навчанні в спеціалізованій школі, наприклад з поглибленим вивченням декількох

іноземних мов або при відвідуванні гуртків поза школою, репетиторів; відсутність системного підходу при вихованні дитини, коли заохочення або покарання залежить від настрою батьків, а не вчинків самої дитини. Зазначені психогенні впливи виснажують нервову систему, провокуючи афективну реакцію, що є неадекватною педагогічній ситуації. На просту вимогу вчителя про виконання домашнього завдання, поведінку, можливо пораду, настанову, зауваження дитина може розплакатися, замкнутися у собі, не відповідати на прості запитання.

В процесі консультування психолог має поцікавитися тим, коли почалися негативні прояви поведінки, як дитина поводити себе надалі, які травмуючі ситуації провокують афективну реакцію. З'ясування зазначених питань допомагає фахівцю усвідомити загальну картину виникнення та перебігу симптомів, зробити правильні висновки щодо їх усунення. Зауважимо, що в більшості подібних випадків психологічної корекції потребують батьки, оскільки неправильне сімейне виховання позначається на особистісному розвитку та соціалізації школяра. Треба виходити з такої наукової позиції, що кожна дитина має потужний потенціал задатків, який актуалізується лише за умов правильно побудованого сімейного та шкільного навчання і виховання (А. Маслоу).

Консультант, працюючи з дітьми 6-11 років, повинен пам'ятати, що психіка дитини цього віку надто пластична, вразлива до будь-яких психологічних впливів. Тому при проблемних ситуаціях варто керуватися принципом "не нашкодь" – в крайньому випадку порекомендувати звернутися до більш досвідченого фахівця, залучити на консультацію колег.

Задля запобігання помилок у роботі із молодшими школярами психолог-консультант має дотримуватися таких рекомендацій:

1) орієнтуватися виключно на наукові знання, отримані під час навчання та професійної діяльності, не звертати увагу на так звану широку "професійну обізнаність" батьків дитини у питаннях психології (передусім медиків, психологів, педагогів). Іншими словами, уникати маніпуляцій "нав'язування" страхів дорослих про "невиліковну хворобу" дитини. Наведемо приклад із практики. На консультацію з приводу визначення психічної норми розвитку дівчини 7 років звернулася її мати, яка доводила, що у дитини відсутні рефлексії, при цьому постійно наголошувала, що вона за фахом – психолог, викладає у ВНЗ, що, власне, так і було. Після проведеної психодіагностики дитини було встановлено, що психічний розвиток дівчинки відповідає віковим нормам. Однак, мати аж ніяк не погоджувалася з висновком. Тоді їй було запропоновано, як фахівцю з психології, пригадати теорію І.П. Павлова про

рефлекторну діяльність нервової системи, відмінності утворення умовних та безумовних рефлексів і т.п. В результаті такого наукового екскурсу дійшли згоди про абсурдність самої думки щодо відсутності рефлексів у її доньки (будь-якої дитини взагалі), а також відповідність особистісного та психічного розвитку дитини віковим нормам.

Керуючись принципом науковості, психологу необхідно уникати маніпуляцій дорослих клієнтів (замовників), які через страх, що дитина "не така як усі ... як потрібно" втрачають здатність мислити раціонально;

2) для психолога-початківця складною може стати ситуація правильного визначення діагнозу особистісного розвитку, інтелекту дитини, її характеру. Часто за складними медико- психологічними показниками з тестових методик типу "шизоїдність", "аутизм", "олігофренія" та інші, на практиці маємо справу з ситуативною захисною поведінкою дитини. Зазначені діагнози може встановити лише психолого-медико-педагогічна комісія, яка проводить комплексне обстеження, користується матеріалами численних спостережень за учнем. Окремим психологам, можливо, і подобається висловлюватися складними медичними термінами, задля того, щоб справити більш сильне враження, як фахівців. Однак, треба пам'ятати, що в багатьох психологічних тестах психіатрична термінологія має інше змістове наповнення, ніж у медицині. Наприклад, тестова шкала шизоїдності в багатьох американських методиках визначає не шизофренію або аутизм як хворобу, а лише таку властивість дитини, як замкненість, інтроверсію, заглиблення у свій внутрішній світ. Останнє зовсім не пов'язано з розвитком психозу – шизофренії, аутизму. Отже, психолог при використанні методик додатково вивчає методологію побудови тесту, що значить кожна шкала, які прояви поведінки передбачає;

3) психіка дитини молодшого школяра перебуває у стані потужного розвитку, що стосується всіх сторін – пам'яті, мислення, уваги, характеру тощо. Тому робити категоричні висновки щодо інтелекту, здібностей, властивостей реагувань буде непрофесійним і неправильним. Психіка має властивість до компенсації та гіперкомпенсації на подальших етапах вікового розвитку. Помічено, що видатні науковці в дитинстві мали низьку академічну успішність; політики та бізнесмени – характеризувалися як надто сором'язливі, соціально пасивні; оратори, публічні люди – були мовчазними та замкненими.

Консультування молодших школярів та членів їх родини передбачає застосування як науково розроблених діагностичних та тренінгових програм, так і вимагає від психолога життєвої мудрості. Головне пам'ятати –

консультація повинна завжди досягати мети, виявляти недосконалі форми мислення, надавати надію на покращення складної життєвої ситуації, вселяти оптимізм, віру в потенційні можливості особистості дитини.

Специфіка консультування дітей дошкільного та молодшого шкільного віку при переживанні втрати: у випадку смерті близької людини,

у випадку розлученні батьків

СТАДІЇ ПЕРЕЖИВАННЯ ДИТИНОЮ ВТРАТИ ОДНОГО З БАТЬКІВ

- *Стадія шоку* у дітей характеризується мовчанням або вибухом сліз.

Дуже маленькі діти можуть відчувати дискомфорт, але не шок. На цій стадії спостерігаються різні фізіологічні і поведінкові розлади: порушення апетиту і сну, м'язова слабкість, малорухливість або суєтна активність. Спостерігається також незмінний вираз обличчя і дуже повільне мовлення.

Рекомендації. Ефективно буде, якщо близький дорослий обійме дитину, дасть їй розслабитися, поплакати, посидіти або полежати. Їй потрібен час, щоб пережити горе, поговорити про померлого батька (матір). Якщо дитина старша 8 років, їй необхідно надати можливість брати участь в приготуванні до похоронів, тоді вона не відчуватиме себе самотньою серед засмучених і зайнятих справами дорослих.

- *Стадія заперечення.* Дитина знає, що близька людина померла, бачила її мертвою, але всі думки настільки зосереджені на ній, що вона не може повірити, що батька (матері) більше немає поряд. На цій стадії психіка просто прагне на будь-який час відгородитися від трагічної реальності, створюючи свій ілюзійний світ. На цій стадії спостерігається розбіжність між свідомим і несвідомим ставленням до втрати. Дитина на свідомому рівні усвідомлює смерть батька (матері), а в глибині душі не може з цим змиритися.

Зустрічаються різні варіанти розбіжностей:

установка на зустріч: дитина очікує зустрічі з померлим, шукає його очима серед людей;

дитині постійно здається, що вона чує голос померлого батька (матері), в деяких випадках можуть бути галюценогенні видіння;

дитина може спілкуватися з померлим так, ніби він поруч (або з фотографією);

«забуває» втрату: планує майбутнє, розраховуючи на батька (матір) (наприклад, на стіл ставиться зайва тарілка тощо);

культ померлого: дитина не дозволяє торкатися іншим до речей покійного батька (матері).

Стадія гніву й образи. Дитина гостріше починає відчувати втрату батька (матері). Чим більше дитина починає думати про те, що сталося, тим більше у неї з'являється запитань:

Чому саме мій батько (мати) помер?

Чому лікарі не змогли його (її) врятувати?

Чому Бог дозволив йому (їй) померти?

Чому він (вона), а не я ?

Одночасно з виникненням цих запитань виникають образи і гнів на тих, хто сприяв смерті батька (матері) і не попередив її. Звинувачення спрямовані на долю, Бога, лікарів, рідних, друзів, себе.

Гнів виражається в тому, що дитина сердиться на батька (матір), який її «покинув». Маленькі діти можуть почати ламати іграшки, влаштовувати істерики, бити ногами по підлозі, підліток раптом перестає спілкуватися з живим з батьків, без причини б'є і ображає молодших, сперечається з вчителями.

Стадія страждання і депресії супроводжує дитину впродовж усього періоду горювання, але на певному етапі страждання досягає свого піку. Це період максимального душевного болю, який іноді здається нестерпним. Страждання, що відчуває дитина, наступають хвилями і супроводжуються плачем. Сльози можуть підступати при будь-якому спогаді про померлого і обставини його смерті. Дитина, яка переживає горе стає особливо чутливою і готовою заплакати в будь-який момент. Приводом для сліз може стати також почуття самотності, покинутості.

Іноді туга за померлим не проявляється в плачі, страждання можуть знаходити вияв у депресії. Зарубіжні автори описують симптоми депресії:

віддалення від друзів, сім'ї, уникнення соціальної активності;

відсутність енергії, пригніченість, апатія;

нездатність концентруватися;

несподівані напади плачу;

зловживання алкоголем або наркотиками;

порушення сну і апетиту,

втрата або збільшення ваги;

проблеми зі здоров'ям.

Стадія прийняття і реорганізації. Не дивлячись на важкість і тривалість горя, дитина, як правило, поступово приходить до емоційного прийняття втрати, яке супроводжується ослабленням або перетворенням душевного зв'язку померлим. При цьому відновлюється зв'язок часів: якщо до цієї стадії дитина, яка переживала горе, жила переважно в минулому і не

бажала (не була готова) прийняти зміни, що відбулися в її житті, то тепер вона поступово повертає здатність повноцінно жити з надією дивитися в майбутнє.

ВІКОВІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕЖИВАННЯ ГОРЯ ДІТЬМИ

Вік до двох років. Смерть одного з батьків не може бути зрозумілою дитиною, але вона помічає відсутність одного з батьків і емоційні зміни в людях, які про неї піклуються. Маленька дитина стає дратівливішою, галасливішою. У неї можуть змінитися процес травлення, спостерігаються розлади кишечника або акту сечовипускання.

Вік до двох років. Смерть одного з батьків не може бути зрозумілою дитиною, але вона помічає відсутність одного з батьків і емоційні зміни в людях, які про неї піклуються. Маленька дитина стає дратівливішою, галасливішою. У неї можуть змінитися процес травлення, спостерігаються розлади кишечника або акту сечовипускання.

Від двох до трьох років. Двохрічні діти знають про те, якщо близькі люди відсутні в полі зору, то їх можна покликати або знайти. Потрібен час для того, щоб дитина усвідомила, що близька людина не повернеться. В цей час поруч з дитиною повинні бути люди, які будуть оточувати її увагою і любов'ю, підтримувати колишній режим травлення і сну.

Від дев'яти до дванадцяти років. Переживання втрати дитиною може привести до безпорадності, що суперечить в цьому віці прагненню бути більш незалежним. У дитини можуть виникнути проблеми з визначенням своєї ідентичності, приховані емоції негативно впливають на її подальший розвиток. Діти цієї вікової групи можуть намагатися прийняти на себе роль померлого батька (матері), що не повинно заохочуватися дорослими. У дитини повинно бути достатньо часу для гри, спорту і дозвілля. Важливо, щоб у неї були друзі її віку. Дитині, яка пережила горе, потрібно допомогти зрозуміти, що бути щасливою і радіти поточним подіям – це нормально.

ДОПОМОГА ДИТИНІ, ЯКА ПЕРЕЖИВАЄ ВТРАТУ

Психолого-педагогічна допомога дитині, яка переживає горе, вимагає від дорослих не володіння конкретними формами спеціально організованої психотерапевтичної допомоги, а уміння в межах повсякденного життя допомогти їй пережити горе, підтримати, запобігти розвитку неврозів.

Дорослі зазвичай розповідають дітям про прояви життя, але прагнуть уникати розмов і пояснень з приводу смерті. Проте досвід показує, що в сім'ях, де тема смерті не є забороненою, де в доступних формах відповідають на запитання дитини, вони виявляються краще підготовленими до серйозних втрат, ніж в сім'ях, де дорослі всіляко ухиляються від таких бесід.

Якщо в сім'ї горе, то потрібно, щоб дитина бачила це і могла виразити його разом зі всіма. Переживання дитини у жодному випадку не можна ігнорувати. Навіть, якщо в сім'ї є психічно неповноцінна дитина, ніяк не можна недооцінювати її здатність зрозуміти що відбувається, а також глибину її емоцій. Вона, як і інші діти, повинна бути включена в переживання всієї сім'ї, і їй потрібні додаткові знаки любові і підтримки.

Повідомити дитині про смерть близької людини має хтось з рідних. Якщо це неможливо, то повідомити повинен той дорослий, якого дитина добре знає і довіряє йому.

Дитина може продемонструвати спалах гніву по відношенню до того, хто повідомив їй про смерть близької людини. Не потрібно в цей момент умовляти дитину взяти себе в руки, заспокоїтися, бо горе, не пережите вчасно, може повернутися через місяці або роки.

У момент повернення дитини в навчальний заклад - втрата стає найбільш гострою.

Коли дитина прийде до школи, вчитель повинен сказати їй, що знає про її горе, щоб дитина не відчувала байдужість з боку вчителя.

РЕКОМЕНДАЦІЇ ДЛЯ ВЧИТЕЛІВ, БАТЬКІВ

1. Спостерігайте за змінами поведінки дитини. У перші тижні спостерігаються негативні реакції. Ставтеся до цього з терпінням, не показуйте свого здивування, не дійте всупереч дитині.

2. Поговоріть з дитиною, якщо вона цього хоче, знайдіть час вислухати її. Це не завжди легко зробити, та все ж спробуйте. Поясніть дитині, що ви хочете поговорити з нею, виберіть слухний для цього час. Під час розмови будьте уважними.

3. Оточуйте дитину любов'ю, увагою і фізичною турботою. Обійміть її, візьміть за руку. Дотик має для дитини величезне значення. Це дозволяє дитині відчути, що ви піклуєтеся про неї й готові їй допомогти. Саме зараз вона потребує любові, розуміння і підтримки.

4. Приверніть кращих друзів до дитини. Якщо вам вдасться зібрати кращих друзів дитини, поясніть їм, що, коли вмирає хтось, кого ви любите, бесіди про цю людину допоможуть зберегти про неї добру пам'ять.

Серед товаришів дитини може бути хтось, хто її зможе підтримати у «важку хвилину» в школі.

5. Будьте готові до запитань і завжди будьте чесними у відповідях. Дітей часто цікавлять питання народження і смерті. Дуже важливо знати культурний рівень сім'ї дитини, її релігійні установки.

6. Надайте можливість дитині виражати свої емоції відкрито. Не допустіть, щоб одна дитина виражала свою агресію за рахунок інших дітей. Для зменшення агресії маленькій дитині дайте різні коробки, ящики, папір, який можна м'яти, ламати й бити. Підлітку – доручіть фізичну роботу, що вимагає значних зусиль.

Якщо ваші очі наповнилися сльозами, не приховуйте цього. Покажіть дитині, що плакати не соромно. Заборона сліз неприродна для малюка і навіть небезпечна, але не потрібно примушувати дитину плакати, якщо вона не хоче. Говоріть з нею про свої власні почуття

7. Поясніть дитині, якщо вона вважає себе винуватою в смерті близької людини, що це не так.

8. Не слід вимовляти фраз типу: «Скоро тобі буде краще». Ефективніше буде сказати: «Я знаю, що ти відчуваєш, і теж не розумію, чому твоя мати померла такою молодою. Я тільки знаю, що вона любила тебе і ти ніколи не забудеш її». Визнайте право дитини на переживання.

9. Не перекладайте на дитину обов'язки дорослих («Ти тепер чоловік, не засмучуй маму своїми сльозами» – це інколи говорять навіть 8-річній дитині).

10. Налагодьте співпрацю в інтересах дитини: батька з вчителями, вчителя з батьками.

11. Не шкодуйте часу, коли вкладаєте спати дитину. Розмовляйте з нею, заспокоюйте. Якщо потрібно, залишіть увімкненим нічник.

12. Встановіть зв'язок між минулим і майбутнім дитини. Поясніть дитині, що життя продовжується. Покажіть перспективи майбутнього.

13. Спостерігайте за дитиною, коли вона грається. Сприяйте іграм, які знімають напруження.

14. Звертайтеся до психолога або спеціаліста, який зможе провести профілактику ускладнень в процесі переживання дитиною психологічної травми.

Дитина потребує спеціальної допомоги, індивідуальної психотерапії, якщо тривалий час (від шести тижнів і більше) не виходить з кризи, й в неї спостерігаються наступні симптоми:

- тривала некерована поведінка;
- гостра чутливість до розлучення;
- повна відсутність будь-яких відчуттів;
- порушення сну;
- відсутність апетиту;
- зорові або слухові галюцинації (бачить образ померлого, чує, як він її кличе);

- депресія.

У відновлювальному процесі надзвичайно важливу роль відіграють:

- Ритуали (церковна служба, поминки й похорон допомагають краще усвідомити реальність того, що близька людина дійсно померла).

- Спогади. Переглядайте фотографії та відео. Хоча спочатку це буває боляче, присмні спогади служать дуже важливою складовою відновлювального процесу, оскільки зігрівають вас від сумних думок про втрату. Діти можуть завжди сумувати за померлою близькою людиною, але з часом вони перестануть плакати, згадуючи її.

ЯК ПОТРІБНО ГОВОРИТИ

Будьте відверті та емоційні. Нехай мова ваших жестів передає те, що реакція дитини має для вас велике значення.

«У мене дуже сумні новини. Сьогодні вранці помер тато».

Якщо в дітей є запитання, то дайте відповідь на них чесно. Страшні подробиці варто упустити. «Пам'ятаєш, тато хворів? Коли він був заручником, його хвороба загострилася. Зазвичай ця хвороба лікується, але тато був настільки слабкий, він три дні був без їжі, води і сну, що ліки не допомогли і він помер».

Дітей буде хвилювати ваша безпека, а можливо, і їх власна. Якщо дитина запитує, чи помре вона, або коли збираєтеся померти ви, то потрібно заспокоїти її, що ви будете жити довго, і вона теж. «Кожна людина рано чи пізно вмирає. Але більшість людей живуть до глибокої старості. Коли я помру, ви всі будете дорослими, й будете жити зі своїми дітьми у власному домі».

Деякі діти почнуть занадто за вас переживати. Вони можуть хвилюватися, якщо, наприклад, ви застудилися, або ведете машину в погану погоду. Виразіть їм співчуття, а згодом заспокойте їх, сказавши, що завжди дбаєте про себе. «Здається, ти хвилюєшся, що я можу померти так само, як тато. Ці думки лякають тебе. Але ти і твій брат (сестра або хтось іще) – найважливіші в моєму житті, тому тобі потрібно знати, що я дуже добре дбаю про себе. Я завжди пристібаюся ременями і веду машину дуже обережно».

Заспокойте дітей, нагадавши про інші моменти, коли вони хвилювалися, але все закінчилося добре. «Пам'ятаєш, як минулого місяця ти хвилювалася, коли мені потрібно було приймати антибіотики від бронхіту? Але явилікувалася, чи не так?»

Повідомте свою думку, коли знаєте, що дитина засмучується, але нічого вам не говорить. «У нас обід, а мами немає з нами. Я теж за нею сумую».

Дотримуйтеся тих чи інших релігійних переконань. Вони дають заспокоєння. «Я знаю, що тато зараз з Богом. Я дійсно вірю, що він зараз

дивиться на нас. Просто він не може з нами розмовляти. Кожного разу, коли ми молимося за нього, він чує нас. Він помер, але не перестав любити тебе».

Більшість маленьких дітей здатні бути присутніми на поминках і похоронах. Відчуйте самі, брати їх туди з собою чи ні. Якщо їх лякає ідея того, що вони побачать небіжчика, то поясніть їм, що на похоронах присутні в основному дорослі, а дітям туди йти не обов'язково. Можливо, буде корисно провести з дітьми якийсь ритуал: прочитати молитву разом, послати повітряну кулька «в небеса» або написати короткого листа покійному й спалити його, а попіл розвіяти, пояснивши, що так зміст листи дійде до тата.

Якщо ваша дитина збирається бути присутньою на похоронах, поясніть, що вона побачить. «Тато буде лежати в труні. Його руки будуть складені на грудях. Можливо, він буде виглядати не таким, яким ти його пам'ятаєш, тому що, коли людина помирає, її зовнішність дещо змінюється. Кожен захоче стати перед труною й попрощатися з татом. Якщо захочеш, ти можеш теж це зробити». Попередьте дитину, скільки часу вам належить провести на похоронах.

Якщо ваша дитина навіть через місяць буде бачити, як ви плачете або хвилюєтеся, то не вдавайте, що з вами все добре. «Я думала про тата, й мені стало дуже сумно. Я дуже сумую за ним».

ЯК НЕ ПОТРІБНО ГОВОРИТИ

Не можна говорити: «Я знаю, що тобі важко, але мама (яка померла) хотіла би, щоб ти був веселим (або їв свою вечерю)». Будь-яке зауваження, яке вказує дитині, що в неї не повинно бути такого настрою, може, щонайменше, викликати неї непорозуміння. У гіршому випадку дитина може відчутти провину за те, що поводить не так, як хотів би від неї померлий родич. Краще сказати: «Мама розуміє, що ти зараз сумуєш. Вона розуміє, що ти не хочеш їсти. Я теж розумію, але я також впевнений, що мама чекає того дня, коли твій сум вщухне, і ти станеш веселішим. І вона знає, що на це треба час».

Не можна говорити: «Дідусь зараз знаходиться б дивовижній подорожі, в яку колись відправляється кожна людина», «Дідусь заснув назавжди». Діти, молодші восьми – дев'яти років мислять конкретно, а не абстрактно. Використовуючи замість слів «мертвий» або «помер» інші слова, ви можете налякати дитину. Вона може ніколи не захотіти подорожувати, або буде боятися засинати.

Не можна говорити: «Бабуся померла після того, як її відвезли до лікарні», «Бабуся померла в результаті нещасного випадку». Діти іноді потрапляють до лікарні, з усіма дітьми щось трапляється. Це не означає, що за такими подіями завжди стоїть смерть. Навпаки, нехай ваша дитина знає, що

той нещасний випадок був дуже серйозний, а також, що травми і госпіталізація зазвичай не закінчуються смертю.

Не можна говорити: «Бабуся була хвора ...». Діти теж хворіють. Запевніть, що бабуся була дуже хвора, і ліки, які зазвичай допомагають, їй не допомогли, тому що її хвороба була дуже серйозною.

Не можна говорити: «Не хвилюйся, я ніколи не помру». Але як ви поясните дитині, що тато помер? Краще сказати, що ви не збираєтеся помирати до глибокої старості. Якщо дитина запитує, що було би з нею, якщо би і мама, і тато, обоє померли, ви можете роз'яснити свої плани про забезпечення її опікуном, який буде піклуватися про неї. Водночас заспокойте її, що ви НЕ думаєте, що таке станеться.

Не можна говорити: «Вже минуло два роки відтоді, як помер дідусь. Всі вже заспокоїлися, а ти чому досі засмучений?». **КРАЩИЙ СПОСІБ ЗАБУТИ – ЦЕ ЗГАДАТИ!** Як би суперечливо це не виглядало, але люди стають здатними краще відволікатися від втрати, коли в них є свобода згадувати померлого і сумувати за ним. Якщо вас дивує сум вашої дитини, то її зрозуміти вам допоможе виражене вами СПІВЧУТТЯ. Можливо, сумні спогади в дитини були викликані тим, що у її друга помер родич. Буває багато причин. Тому краще скажіть: «Це нормально, коли іноді в душі виникають такі сумні моменти. Які саме думки викликали в тебе такий сум?»

ДОПОМОГА ПРИ РОЗЛУЧЕННІ

Розкажіть про зміни

Дитині слід пояснити, що саме зміниться у вашій сім'ї. Можливо, тепер після школи дитину забиратиме бабуся, або ви будете змушені працювати на вихідних. Доступне пояснення змін зменшить рівень напруги та стресу.

Невідомість лякає. Коли ви поясните, що зміниться і хто візьме на себе нові ролі (бабуся, няня, репетитори), дитина краще орієнтуватиметься в ситуації і зможе заспокоїтися.

Поясніть, що дитина не втратила тата

Дуже часто діти сприймають розлучення як втрату тата, який вже не мешкатиме разом з вами.

Варто нагадувати дитині: «Хоча ми не живемо разом, тато і я тебе дуже любимо та хочемо проводити час з тобою. Ти з татом можеш піти в парк у суботу. А я куплю піцу, і потім ми вдвох подивимося мультфільм».

Такі нагадування, що не лише ви, а й батько любить дитину, допомагають сину чи доньці відчувати свою цінність для вас обох.

Також при цьому ви не формуєте негативний образ тата в очах дитини.

Не заперечуйте емоції дитини

Якщо після розлучення батько не спілкується з дитиною, намагайтеся розділити її сум.

Поясніть, що бути засмученим та скучати за кимось важливим — це нормально.

Дитина каже, що сердита на вас? Запитайте про причини та як їй допомогти. Іноді діти сердяться, коли чогось не розуміють. Є шанс, що після з'ясування причин ви зможете поговорити відкрито та розвіяти побоювання.

Уже сама ваша присутність та можливість розділити переживання є дуже істотними для дитини. Не заперечуйте їй біль чи бажання плакати. Вона переживає нелегкий період, так само як ви, і має право відчувати різні емоції.

Зрозумійте, через які стадії проходите

Дуже важливо усвідомлювати стан, у якому перебуваєте ви та ваша дитина. На розлучення батьків діти реагують по-різному, проте є ряд закономірностей.

Ще у 1969 році американська психологиня швейцарського походження Елізабет Кюблер-Росс описала, через які стадії проходять ті, хто переживає горе.

Розлучення несе зміни та втрати в сім'ї. Тому імовірно, що дитина чи ви можете *заперечувати* ситуацію.

Згодом може прийти *злість*: на себе, партнера чи дитину. Часом такий гнів є ірраціональним.

Торги як третя стадія проявляються в тому, що ви (або дитина) думаєте: «А що було б, якби...?», прокручуєте безліч варіантів: як можна було б змінити ситуацію чи запобігти розлученню.

Після торгів може наступити значний спад сил та емоцій, тобто *депресивний стан*. У цей період людині дуже боляче, з'являється розуміння того, що ситуацію змінити не вдасться. Зазвичай, потім приходить прийняття.

Поясніть, що дитина не винна в розлученні

Під час стадії торгів дитина обдумує та прокручує у своїй жвавій уяві різні думки: «Чи тато залишився б з нами, якби я була більш чемна?», «Чи наша сім'я далі була би разом, якби тоді я не вередував?»

Дитина може вважати, що саме вона спричинила те, що батьки тепер живуть окремо. Її мучать різні підозри та переживання, які не завжди вдається зрозуміло сформулювати для інших.

Саме тому необхідно всіляко підтримувати дитину, наголошуючи, що жодної її вини в тому, що трапилося, немає.

Звичайно, варто про це говорити, коли ви помічаєте, що дитина намагається вам сказати чи показати свою провину.

Не перекладайте свої образи на дитину

Іноді почуття чи негативні емоції накривають нас з головою. У такі моменти ми відчуваємося беззахисними та можемо зробити боляче тим, хто поруч.

Дорослі можуть увімкнути критичне мислення та здогадатися, що вам боляче, тому ви зриваєтеся на інших, а їхньої вини насправді немає. Але дитина ще не здатна проводити такий аналіз.

Намагайтеся контролювати, як ви спілкуєтеся. Чи образа на чоловіка/дружину не просочується в розмові з дитиною? Чи ви не формуєте негативний образ батька чи матері в очах вашої дитини? Чи такий вчинок виправданий? Чи ситуація справді цього вимагає?

Намагайтеся пояснювати дитині, що ви відчуваєте та чому сердитеся, засмучені чи стурбовані. Роз'яснення ваших емоцій допомагає дитині усвідомити, що ви і далі її любите. Винна не вона, а зовсім інші фактори.

Специфіка консультування дітей дошкільного та молодшого шкільного віку, які переживають провину

Почуття провини - почуття не вроджене, а соціально сформований. Почуття провини формується батьками або найближчим оточенням дитини в дитинстві - іноді свідомо, совість - внутрішнє психічне утворення, яке буде робити боляче за погані вчинки, коли дитина сама того не помічає. Нерідко діти формують собі почуття провини самі, відкупуючись від претензій дорослих. Пізніше почуття провини людина відтворює всередині себе сам, але робить це зазвичай автоматично, мимоволі і несвідомо, в наслідок чого це описується безлико як: «з'явилося почуття провини».

Почуття провини для дитини - важко і неприємно, але, схоже, зовсім без нього звичайним батькам при вихованні дитини не обійтися: теоретично це можливо, а практично кваліфікації для цього не вистачить. Та й у дорослому житті почуття провини стримує людей від вчинків, про які вони згодом могли б серйозно пожалкувати. Почуття провини - як поліція в Росії: всім від неї гидко, але без неї поки - ніяк...

Почуття провини, стан винуватості спочатку прищеплюється через покарання. Коли небажану поведінку дитини батьки називали "поганим" і супроводжували покаранням (фізичне покарання, біль, відчуття самотності у разі, якщо батьки залишили дитину одну, тощо), то дитина по мірі повторення цього покарання сприймає ці свої дії як «погані». Якщо покарання за "погані" дії повторюється достатню кількість разів, страх і біль виникає при

засуджуваному вчинок у дитини вже автоматично, навіть у відсутність "вихователя", який це почуття провини прищепив. Формується почуття провини: реактивна, автоматична емоція на минулі покарання, яким піддавався людина. Якщо стан винуватості часто виникає і підтримується оточуючими, воно стає звичним вивченою поведінкою і частиною способу життя: людина починає ходити, як винуватий, горбить плечі, як обвинувачений, і носити нещасне обличчя.

Втім, до цього ж результату багато дітей приходять і іншим шляхом, більш "творчо" і самотійно. У деяких сім'ях батьки переконані, що за будь-яку провину дитина повинен бути покараний і зобов'язаний усвідомити свою помилку, а конкретніше - за неї постраждати, помучитися. У цій ситуації кмітливі діти швидко розуміють, що батьки від них не відстануть, поки не побачать, що дитина переживає. Відповідно, щоб батьки швидше від них відстали і просто заспокоїлися, діти починають переживати: коли просто зображувати почуття винуватості, коли переживати це дійсно. Діти вчать переживати самі і відкуповуються від переслідувань батьків почуттям провини.

Діти-лідери і діти-маніпулятори роблять це досить свідомо ("для того щоб"), діти-ведені і діти-прості відтворюють це звичний шаблон ("тому що"). Дивись Якими народжуються діти

Третій джерело виникнення, а точніше - розширення почуття провини, це асоціативний зв'язок почуття провини з новими подіями та обставинами. Дія покарання на ранніх етапах розвитку організму сприймається некритично, повністю. Тобто, якщо мама карає дитину за провину, дитина запам'ятовує все: слова, інтонації, вирази обличчя, жести, дії, а інколи навіть інші, випадкові фактори, які надалі можуть за асоціації викликати неприємні відчуття. В людині починає несподівано виникати почуття провини в ситуаціях, де він начебто ні в чому ніколи не був винен.

Почуття провини дуже поширене і пронизує різні сторони людського життя. Переживання почуття провини, що спонукає спокутувати провину, відшкодувати (загладити) завданий збиток виправити ситуацію - соціально прийняте поведінку і в основному соціально корисне почуття. Почуття провини - ефективний спосіб управління людиною ззовні. В руках порядних і дбайливих людей формування почуття провини - це ефективний інструмент виховання. На жаль, в інших руках формування почуття провини може виявитися інструментом маніпуляцій переважно негативного плану. Розвинена особистість може коригувати свою поведінку розумним чином, не вдаючись до переживань почуття провини.

Що робити з почуттям провини?

До психологів часто звертаються клієнти з важким або неадекватним відчуттям провини. Почуття провини не завжди очевидно, іноді запит озвучується як "душевний біль", але фахівці знають, що за душевним болем часто ховається все той же почуття провини. Робота з почуттям провини не завжди проста, але при здоровому базисі особистості цілком ефективна. Якщо є можливість клієнта послати на хороший тренінг, рекомендуємо. Цікавіше і важливіше людям поставити голову таким чином, щоб у майбутньому в разі вчинення помилок вони не переживали, а виправляли що можливо, робили висновки на майбутнє і вчилися жити найкращим чином.

Проблеми психологічного консультування батьків, які виховують дітей дошкільного та молодшого шкільного віку

На думку багатьох вчених, завдання дитячого психоконсультування переважно полягають у конструктивних змінах соціальної ситуації розвитку дитини, яких можна досягти двома шляхами:

- через зміну характеру зовнішнього впливу на дитину (ставлення оточуючих, виховання, життєві умови);
- через зміну ставлення самої дитини до цього впливу (зміна особистісних смислів, оцінок, установок).

Таким чином, індивідуальне консультування дітей вимагає залучення до психоконсультативного процесу як самої дитини, так і її батьків. Робота з дитиною і близькими дорослими здійснюється паралельно, в ході спільних (консультант – дитина – близький дорослий) та індивідуальних (консультант – дитина; консультант – близький дорослий) зустрічей.

Психологічне консультування батьків орієнтоване на допомогу в подоланні різноманітних психологічних труднощів (психолого-педагогічних, особистісних, міжособистісних, сімейних тощо) дітей і їх батьків; у вирішенні проблеми, що турбує дитину або близького їй дорослого шляхом аналізу та корекції передусім тих аспектів сімейної ситуації, які безпосередньо впливають на дитячу психіку.

Основним завданням психоконсультування батьків є забезпечення якомога глибшого, різностороннього і об'єктивного розуміння батьками особливостей розвитку дитини, наявних у неї позитивних та проблемних аспектів розвитку.

Цілі психоконсультативної роботи з батьками дошкільників можна розподілити таким чином:

психопросвітницькі – полягають у підвищенні психологічної компетентності батьків щодо особливостей психічного розвитку дитини

дошкільного віку, психологічних аспектів батьківства, особливостей та ролі сімейного виховання як чинника психічного здоров'я і благополуччя дошкільника; інформуванні про особливості підготовки дитини до навчання у школі, формування її пізнавальної активності, розвитку інтелектуальних здібностей та соціальних навичок;

психодіагностичні – виявлення справжніх причин проблеми, яка стала мотивом звернення до психоконсультанта; діагностика нервово-психічного стану дитини, особливостей розвитку її пізнавальних процесів, емоційно-вольової сфери та особистості; моніторинг сімейної ситуації розвитку дошкільника (психологічний клімат у сім'ї, характер дитячо-батьківських взаємин, специфіка сімейного виховання тощо);

психокорекційні – корекція помилкових уявлень батьків про зміст та засоби сімейного виховання дитини; вироблення адекватних навичок виховного впливу і налагодження взаємодії з дитиною; усунення негативних сімейних факторів, які вже спровокували або ще можуть призвести до відхилень в інтелектуальному, емоційному, особистісному, поведінковому розвитку дошкільника.

психопрофілактичні – спрямовані на запобігання аномалій батьківського виховання та сімейних дисгармоній, які можуть призвести до порушень психічного розвитку дитини.

Таким чином, цілі психоконсультування з проблем дошкільного віку висувають високі вимоги до рівня професійної підготовки консультанта, який повинен бути компетентним у сфері дитячої психології, психології виховання і сім'ї, володіти не лише консультативними, але й психодіагностичними та психокорекційними навичками.

Тривалість психоконсультування та кількість консультативних зустрічей залежить від складності проблеми (предмету звернення), від актуального психічного (психоемоційного, психофізичного) стану дитини, від рівня психологічної і педагогічної культури батьків, їх готовності до активної співпраці з психологом. Разові консультації є рекомендованими переважно при повторних зверненнях, коли психолог вже володіє інформацією про дитину, особливості її психіки та поведінки, сімейної ситуації розвитку тощо.

У випадку первинного звернення, як правило, існує потреба кількох зустрічей: зустріч-знайомство в ході запису на консультацію; бесіда з метою збору анамнезу та уточнення причини звернення; зустріч для обстеження дитини та діагностики внутрішньо-сімейних взаємин, стилю виховання тощо; бесіда за результатами діагностичного обстеження з метою роз'яснення суті проблеми, її причин та шляхів подолання, за необхідності – обговорення плану

повторних зустрічей, характеру психокорекційної роботи з дитиною, графіку патронажного спостереження. Кожен з перелічених етапів консультування має свої завдання та специфіку проведення.

Перший контакт консультанта з батьками дитини відбувається в ході звернення останніх із запитом стосовно консультативної допомоги. Слід зазначити, що в окремих випадках ініціатором зустрічі може виступати психолог. Наприклад, така зустріч можлива, коли психолог дошкільного навчального закладу за результатами планового діагностичного зрізу виявив порушення розвитку чи інші психічні дисфункції дитини. *Перша зустріч консультанта з батьками* може здійснюватися за такою схемою:

1. Знайомство. Надання гарантій конфіденційності процедури консультування та інформації, яка стосуватиметься дитини, її батьків, сімейної ситуації загалом.

2. З'ясування, що слугувало приводом звернення на консультацію.

3. Збір первинної інформації про дитину (прізвище, ім'я, по-батькові; дата народження; чи відвідує дитина на теперішній момент дошкільний навчальний заклад і який; чи перебуває (перебувала) на обліку в дитячому психоневрологічному диспансері).

4. Узгодження дати наступної зустрічі.

5. Обмін контактною інформацією, визначення – з ким, у разі необхідності, здійснюватиметься зв'язок.

Хоча перша зустріч є короткотривалою і радше технічною, аніж консультативною, психолог повинен бути уважним, доброзичливим, демонструвати щире розуміння та прийняття.

Бесіда з метою збору анамнезу та уточнення причини звернення може здійснюватися в ході окремої зустрічі чи під час першого знайомства, якщо консультант не вважає за потрібне розмежовувати ці дві процедури. Цей етап психоконсультування надзвичайно відповідальний, оскільки ставить перед психологом ряд важливих завдань:

1. Встановити довірливі стосунки з батьками на основі поваги, коректності, щирості, прийняття та розуміння їх стурбованості (навіть, якщо побоювання виявляться безпідставними, а висловлювання – необґрунтованими, некомпетентними, примітивними).

2. Психолог не може допускати ні безпосередніх, ні опосередкованих звинувачень батьків у їх педагогічній некомпетентності, оскільки це може спровокувати захисну реакцію у формі гніву, заперечення, витіснення, раціоналізації.

3. Якщо батьки демонструють високу тривожність чи агресивність (як реакцію на самозвинувачення типу "Я – погана мати", "Я недогледів" тощо), необхідно їх заспокоїти, зняти емоційне напруження. Наприклад, за допомогою похвали, яка підкреслить турботливість матері чи компетентність батька, тим самим послабивши їх почуття провини та внутрішній дисонанс.

4. Надати батькам роз'яснювальну інформацію про цілі, можливості, характер психоконсультативної роботи; сформувати оптимістичні, проте, адекватні очікування щодо її результативності (установка батьків на швидкий і легкий результат провокує розчарування в можливостях психологічної допомоги).

5. Зорієнтувати батьків на активну співпрацю з психологом, виробити у них особистісну готовність до спільної участі в подоланні обговорюваної проблеми; усунути неадекватні очікування на власну пасивно-споглядальницьку позицію та "чудодійні" рекомендації консультанта.

6. У ході збору анамнезу необхідно з'ясувати наступне (за ГЛ. Колесніковою):

- чи завжди у дитини була така проблема;
- у чому саме вона проявлялася;
- з якого моменту виникла;
- які перед цим відбулися зміни у сім'ї (народження іншої дитини, конфлікти тощо);

- що перед виникненням проблеми змінилося в умовах проживання сім'ї (ремонт, переїзд);

- хто перший звернув увагу на проблему;
- як сама дитина сприймає проблему;
- що вже робили для подолання проблеми;
- у чому самі батьки вбачають її причину (кожен конкретно);
- на які дії налаштовані батьки для розв'язання проблеми;
- які можливі перешкоди бачать на своєму шляху.

7. Запросити батьків на повторну консультацію разом з дитиною. З метою підвищення мотивації батьків до продовження консультативних сесій, рекомендовано пояснити негативні наслідки подальшого розгортання проблеми за відсутності необхідної психологічної допомоги дитині.

Наступний етап психоконсультування має на меті *обстеження дитини*, за необхідності – діагностику характеру внутрішньо-сімейних взаємин, стилю виховання тощо. Фахівці консультування з проблем дітей дошкільного віку (Г.В. Бурменська, О.А. Карабанова, О.Г. Лідере та ін.) наголошують на необхідності глибокого, різностороннього обстеження

дитини, уважного аналізу історії її розвитку (даних психологічного анамнезу), що здійснюється на основі отримання інформації з різних джерел: бесіди з батьками та вихователями, спостереження за дитиною в домашніх умовах чи умовах дошкільного закладу; експериментальне психологічне обстеження дитини; ознайомлення з результатами попередніх психологічних обстежень, медичної та іншої документації.

Відповідно до загальної схеми вікового психологічного аналізу Г.В. Бурменська пропонує групувати отриману інформацію в чотири розділи:

- 1) інформація про історію розвитку дитини і стан її здоров'я;
- 2) характеристика особливостей соціальної ситуації розвитку (сім'я, колектив однолітків у дошкільному навчальному закладі, школі творчості тощо);
- 3) особливості поведінки та діяльності дитини (в процесі діагностичного обстеження, вдома, у дитячому садочку, інших ситуаціях);
- 4) диференційна характеристика розвитку пізнавальної та емоційно-особистісної сфер дитини.

Бесіда за результатами обстеження дитини включає кілька етапів, кожен з яких характеризується конкретними завданнями та специфічними особливостями їх розв'язання (Дж. Сеттлер, С. Сарасон, Г.В. Бурменська, О.А. Карабанова, О.Г. Лідере). На першому етапі бесіди важливо:

- 1) забезпечити комфортну психологічну атмосферу, яка б сприяла послабленню психологічного напруження батьків викликаного цілою гаммою негативних переживань (тривожні очікування, почуття провини, роздратування тощо), заохочувала до відвертої розмови про проблеми дитини. У цьому випадку доцільно застосовувати техніку "Відображення почуттів": висловлювання консультанта "Я розумію вашу стурбованість", "Тривога – це природне переживання для батьків, які турбуються про свою дитину" тощо, продемонструвати батькам розуміння та прийняття консультантом їх переживань;
- 2) виявити, які аспекти життя та розвитку дитини найбільше цікавлять батьків; що передусім турбує їх з приводу проблеми озвученої як причини звернення до консультанта;
- 3) попросити батьків висловити власні припущення щодо характеру проблеми дитини, причин її виникнення та шляхів розв'язання;
- 4) розпитати батьків, які цілі вони вважають за потрібне ставити перед дитиною, на яке майбутнє її орієнтувати.

Другий етап бесіди передбачає повідомлення батькам результатів психологічного обстеження. Реалізація вказаного етапу вимагає від консультанта дотримання таких умов:

1. Інформацію про результати обстеження дитини слід подавати у доступній, зрозумілій, коректній формі. Якщо є необхідність використання професійної термінології, необхідно пояснити батькам її зміст.

2. Кожен діагностований феномен потрібно не лише пояснити, а й показати подальший прогноз його розвитку, проявів, наслідків.

3. Виклад інформації повинен бути адекватним, об'єктивним, аргументованим.

4. Бажано подавати інформацію дозовано. Переходити від обговорення одного аспекту проблеми до іншого слід лише переконавшись, що батьки правильно зрозуміли позицію консультанта.

5. Формувати у батьків реалістичні уявлення про проблему дитини: не слід надмірно драматизувати ситуацію (це може спровокувати депресивну реакцію, почуття безпорадності та відчаю), або ж, навпаки, – продукувати необгрунтовано оптимістичні очікування.

6. Розкриваючи проблемні моменти розвитку дитини, необхідно акцентувати увагу батьків на тих сильних сторонах її психіки і поведінки, які слугуватимуть основою для подолання труднощів.

7. Аби допомогти батькам позбутися почуття провини, що може виникнути на цьому етапі бесіди як реакція на почуте, слід акцентувати їх увагу на раціональному, деталізованому обговоренні проблеми дитини, позбавленому емоційно насичених оцінок та шаблонів.

Загалом, центральне завдання другого етапу бесіди полягає у тому, щоб допомогти батькам краще зрозуміти, глибше пізнати свою дитину, її труднощі та потреби; сформувати у них активну позицію і готовність до подальшої співпраці з психологом.

На третьому етапі бесіди здійснюється спільна розробка та обговорення подальшої програми дій. Перш ніж перейти безпосередньо до визначення засобів розв'язання проблеми, консультанту необхідно пропрацювати некомпетентні психолого-педагогічні уявлення та установки батьків. При цьому не слід прямо вказувати батькам на їх помилкові судження. Більш прийнятним є роз'яснення вікових особливостей розвитку дошкільника, його психологічних потреб та можливостей. Важливо звернути увагу батьків на негативні наслідки, до яких можуть призвести ті чи інші аномалії виховання і, передусім, характерні для конкретної сім'ї (гіпоопіка, гіперопіка, надмірна вимогливість чи лояльність, завищені вимоги тощо).

Наступний крок психоконсультування полягає у спільному пошуку шляхів розв'язання проблеми. Провідна роль на зазначеному етапі консультативної бесіди звичайно ж належить психологу. Однак, це не означає, що він може нав'язувати батькам певну стратегію дій. Консультант інформує батьків про найбільш прийнятні для складної ситуації варіанти рішення проблеми; пропонує альтернативи (програму корекції, тактику дій у проблемних ситуаціях, методику виховання тощо), детально проговорюючи особливості й наслідки їх реалізації, можливі труднощі та ускладнення.

У ході розмови важливо залучати батьків до пошуку способів подолання труднощів дитини, стимулювати їх вільно висловлювати свої пропозиції та припущення: "Як ви думаєте, яка із запропонованих альтернатив є найбільш прийнятною для вас?", "Яка допомога передусім потрібна вашій дитині?", "Як відреагує ваша дитина на подібні дії?", "Що ще можна зробити в цій ситуації?". Жодну відповідь батьків не можна ігнорувати, кожен з них необхідно обговорити, аргументовано проаналізувати її позитивні й негативні аспекти.

Після вибору альтернативи дій, необхідно розробити програму дій, де чітко визначено: яка допомога (психокорекційна, психорозвивальна, терапевтична) буде надаватися дитині; хто її буде надавати; чи є необхідність залучення фахівців іншого профілю до надання допомоги дитині (педіатра, дитячого психотерапевта, дефектолога, соціального педагога), скільки занять, з якою частотою і тривалістю проведення; хто буде супроводжувати дитину на заняття; через кого буде здійснюватися зв'язок.

Вказаний вище етап бесіди передбачає також надання батькам деталізованої системи рекомендацій щодо корекції сімейного виховання дитини, формування батьківсько-дитячих взаємин, коригувальних чи розвивальних занять з дитиною в домашніх умовах, чіткої програми дій у конкретних проблемних ситуаціях, особливостей спостереження за поведінкою дитини та її психічним станом.

Заключний, четвертий етап бесіди, найменш розгорнутий у часі. Він включає рефлексію (обговорення) результатів усієї консультативної зустрічі, визначення графіку наступних зустрічей, а також оцінку психологом ефективності проведеної бесіди. Американський психолог С. Сарасон критерієм ефективності психоконсультативної бесіди визначає рівень можливостей батьків впевнено діяти на основі інформації та рекомендацій, отриманих від консультанта.

Фахівці зазначають, що до психоконсультанта переважно звертаються батьки дітей, у яких відсутні порушення психічного розвитку, а предметом запиту на психологічну консультацію є певні труднощі дитини, зумовлені її

віковими чи індивідуально- психологічними особливостями (Г.В. Бурменська, О.А. Карабанова, О.Г. Лідерс, В.Ю. Мєновщїков, Є.Є. Сапогова). Серед численних проблем, що озвучуються батьками як привід звернення до консультанта, найчастіше зустрічаються скарги на непослух дитини, негативїзм, впертїсть, гїперактивнїсть, непосидючїсть, брехливїсть (фантазування), неорганїзованїсть поведїнки, загальмованїсть, тривожнїсть і боязливїсть, лїнощї, погану пам'ять, неуважнїсть, низький рївень довїльностї поведїнки, пїдозри на затримку психїчного розвитку. Бїльшїсть цих проблем спровокованї кїлькама причинами, якї можна умовно об'єднати у двї великих групи: 1) причини, пов'язанї з батьками; 2) причини, пов'язанї з дїтьми (В.Ю. Мєновщїков). Оскїльки розв'язати проблему, не усунувши її причину, практично неможливо, розробка тактики психоконсультативної допомоги у кожному конкретному випадку вимагає виявлення, аналізу та врахування тих реальних причин, якї насправдї викликають занепокоєння батькїв. До типових причин першої групи можна вїднести: незнання батьками вікових норм розвитку дитини; потреба в рекомендацїях психолога стосовно забезпечення умов для повноцїнного психїчного розвитку дитини; психологїчні проблеми та специфїчні особистїсні властивостї самих батькїв.

Незнання батьками вікових норм розвитку дитини, що зумовлює неадекватнї виховнї уявлення та установки. Консультант повинен вміти виявляти подїбнї установки, обгрунтовано їх спростовувати та формувати у батькїв об'єктивнї уявлення про особливостї та закономірностї психофїзичного розвитку дошкїльника. Наприклад, скарги на низький рївень довїльностї поведїнки дитини (непосидючїсть, неуважнїсть, їмпульсивнїсть тощо) часто обумовленї завищеними вимогами батькїв, незнанням чи свїдомим їгноруванням вікових можливостей самоконтролю та самоорганїзацїї поведїнки дошкїльника. Працюючи з подїбними зверненнями консультанту необхідно:

1) обстежити дитину на предмет порушень психїчного розвитку (затримка психїчного розвитку, олігофренїя, розлади особистостї), якї могли б призвести до розладїв саморегуляцїї поведїнки;

2) здїйснити діагностику батькївсько-дитячих взаєностосункїв (скарги на тотальнїй непослух дитини найчастїше висловлюють батьки, для яких характерна авторитарнїсть, рїгїднїсть поведїнки, надмїрнїй консерватизм, тенденцїя уникати труднощїв пов'язаних з вихованням дитини);

3) пояснити батькам віковї особливостї розвитку дошкїльника, якї обумовлюють специфїку його поведїнки, саморегуляцїї та самоконтролю;

4) вказати на негативні наслідки завищених вимог до дитини, батьківського авторитаризму, жорсткості сімейного виховання: тривожність, боязливість, залежність, невпевненість у собі, реакції негативізму, вироблення пристосовницьких моделей поведінки тощо;

5) надати рекомендації щодо адекватних методів сімейного виховання з врахуванням індивідуально-психологічних особливостей дитини.

Потреба в рекомендаціях психолога стосовно забезпечення умов для повноцінного психічного розвитку дитини найчастіше озвучується батьками як прохання допомогти у виборі ефективних методів виховання, визначенні оптимальних для дошкільника навчальних навантажень, використанні розвивальних програм, забезпеченні індивідуального психолого-педагогічного супроводу обдарованих дітей, діагностики та формування готовності до навчання у школі тощо. Робота консультанта з подібними запитамі включає два основних етапи: діагностичний та власне консультативний. Діагностика здійснюється з метою виключення наявності психічних порушень та розробки системи рекомендацій, які є найбільш оптимальними для конкретної дитини, виходячи з її здібностей, можливостей, потенціалу, специфічних особливостей розвитку. Якщо порушень психічного розвитку не діагностовано, зміст і завдання власне консультативного етапу визначаються відповідно до запиту батьків.

Психологічні проблеми та специфічні особистісні властивості самих батьків, як-от: особистісна тривожність, егоцентризм, авторитаризм, особистісна незрілість, патології характеру, девіації, проблеми подружніх стосунків тощо, – всі ці проблеми вимагають сімейного консультування, сімейної чи індивідуальної психотерапії. Першочергове завдання консультанта у такому випадку полягає в тому, аби переконати батьків у необхідності такої допомоги. Неправильно побудована розмова може викликати у них невизнання, критику, заперечення позиції психолога, аж до агресивного відторгнення. В ході бесіди з батьками потрібно, насамперед, пояснити їм, до яких негативних наслідків для дитини може призвести їх відмова отримувати психологічну допомогу. При цьому не слід допускати звинувачувальних висловлювань на адресу батьків, вказувати на їх некомпетентність як причину негараздів дитини. Консультант повинен бути коректним, об'єктивним, до міри наполегливим.

Інша група причин звернення батьків до психоконсультанта – причини, пов'язані з дітьми. Це ті порушення психічного розвитку, діяльності й поведінки дошкільників, симптоматика яких викликає стурбованість батьків: затримка психічного розвитку, дитячий інфантилізм, дитячий аутизм, ранні

прояви формування акцентуацій характеру (демонстративність, істероїдність, агресивність, імпульсивність тощо), дитячі неврози, посттравматичні синдроми внаслідок перенесених психотравм (переляк, жорстокі фізичні покарання, втрата близьких людей, гострі сімейні конфлікти), тривожність та дитячі страхи, синдром дефіциту уваги, труднощі адаптації до умов дошкільного навчального закладу, несформованість комунікативних та соціальних навичок і умінь, проблеми готовності до навчання у школі тощо.

З огляду на багаточисельність причин цієї групи не можна в межах цього розділу детально презентувати зміст та особливості психоконсультативної роботи по кожній з них. Підкреслимо лише, що у кожному з вище зазначених випадків психолог має діяти виключно в інтересах дитини та працювати в межах власної професійної компетенції (за необхідності надання дитині логопедичної, психотерапевтичної, медичної допомоги направляти батьків до відповідних фахівців).

Між батьками і дітьми молодшого шкільного віку можуть виникати такі варіанти проблем, які вимагають проведення психологічного консультування.

Варіант 1. Батьки, у яких дитина вже почала навчатися у першому класі школи, турбуються про те, що вона погано вчиться.

Варіант 2. Батьки, чія дитина навчається в початковій школі, несподівано зіткнулися з проблемою, суть якої полягає в тому, що в їхньої дитини чомусь не складаються нормальні взаємини з іншими дітьми.

Варіант 3. Батьки, у яких дитина вже навчається в початкових класах школи, турбуються з приводу того, що у нього не складаються хороші взаємини з вчителями.

Як правило, при обстеженні виявляється, що далеко не все в дитині, що викликає тривогу батьків або вчителів, слід змінювати. Нерідко, наприклад, помилятися в ціннісній оцінці нестандартності дитини є вчитель, який скаржиться психологу на надмірну активність або незвичайний спосіб мислення дитини. Це-то якраз часто виявляється гідністю дитини, що сприяє його психологічному розвитку, якщо даний дитина у всьому іншому не поступається іншим дітям. У цьому випадку краще міняти позицію вчителя, а не психологію дитини.

Ключові поняття теми: психологічне консультування, мета психологічного консультування, інтимно-особистісне консультування, психолого-педагогічне консультування, психолого-управлінське консультування, ділове консультування, разова консультація, короткотермінове консультування, середньотермінове консультування,

тривале консультування, інтерв'ю, шкільне консультування, профконсультація, персональне консультування, групове консультування, пасивне консультування, інформативне консультування, формуюче консультування, консультування з метою корекції, тривожність, страх, фобія, механізми психологічного захисту, депресія, суїцид, провина, мнемічні здібності людини, девіантність.

Запитання для самоконтролю

1. Визначте мету й завдання психологічного консультування.
2. Визначте найважливіші завдання психологічного консультування. У чому полягають їхні особливості?
3. Охарактеризуйте взаємозв'язок і відмінності між психотерапією та консультуванням.
4. Назвіть галузі застосування психологічного консультування.
5. Обґрунтуйте принципи психологічного консультування.
6. Що означає орієнтація на норми й цінності клієнта?
7. Які чинники має враховувати консультант у ситуації, коли спостерігається значне протистояння до змін?
8. Охарактеризуйте п'ятиступеневу модель інтерв'ю.
9. У яких випадках використовується індивідуальна та групова форми психологічної допомоги?
10. Що таке гіперопіка?
11. Наведіть приклади ситуацій, що потребують психоконсультування, і обґрунтуйте доцільність застосування тієї чи іншої тактики корекції — стосунків батьків і дитини.
12. Які особливості проведення розмови про власні почуття батьків під час психоконсультування?
13. Назвіть види психологічного консультування.
14. Назвіть умови ефективного консультування.
15. Назвіть типові труднощі в роботі спеціаліста-психолога з педагогічного консультування.
16. Розкрийте специфіку роботи психолога з дітьми дошкільного та молодшого шкільного віку.
17. Охарактеризуйте особливості консультування з проблем шкільної адаптації та успішності.
18. Чому необхідною умовою успішної роботи є встановлення довіри між психологом і батьками?

19. Назвіть критерії психологічної готовності дитини до шкільного навчання.
20. Схарактеризуйте особливості консультування батьків дезадаптованих молодших школярів.
21. Розкрийте погляди З.Фрейда на природу тривоги. Що означає термін “angst”?
22. Вкажіть засоби і способи, за допомогою яких клієнти маскують тривогу.
23. Які соматичні симптоми вам доводилося спостерігати у житті і, які причини їх виникнення?
24. Яка відмінність між страхом і тривогою?
25. У яких випадках людина може відчувати нормальний страх?
26. Що вирізняє істеричну особистість від інших людей?
27. У яких випадках екзистенційна провина може стати невротичною і навпаки?
28. Як ви розумієте висловлювання Кеннеді, що “депресія –це повернута лють”.
29. Чому для опису процесу скорботи і розлучення консультанти застосовують одну і ту саму модель?
30. Якими принципами керується консультант, працюючи з алкогольнозалежними?
31. Предмет і завдання психологічного консультування?
32. Основні напрями психологічного консультування?
33. Основні принципи психологічного консультування.
34. Основні галузі застосування психологічного консультування.
35. Що означає принцип консультування "розмежування особистих і професійних стосунків"?
36. Функції консультанта.
37. Що означає поняття "ефективний консультант"?
38. Що означає поняття "розпитування клієнта"?
39. Які завдання другого етапу інтерв'ю?
40. Який основний зміст індивідуальної та групової роботи під час інтерв'ю?
41. Які визначення психологічного консультування вам відомі?
42. Розкрийте специфіку психологічного консультування як окремого виду психологічної допомоги.
43. Розкрийте мету та завдання психологічного консультування
44. Назвіть принципи та види психологічного консультування.

45. Контроль виконання домашнього завдання: «Порівняльна характеристика психологічного консультування, психотерапії та психокорекції».

46. Дайте визначення консультативного контакту.

47. Схарактеризуйте фізичні компоненти терапевтичного клімату.

48. Схарактеризуйте емоційні компоненти терапевтичного клімату.

49. Назвіть чинники успішного створення терапевтичного клімату.

Завдання для самостійної роботи

1. В чому полягає сутність контракту між психологом і клієнтом у консультуванні? Обґрунтуйте свою позицію.

2. З'ясуйте особливості сімейного консультування.

3. З'ясуйте особливості консультування в організаціях та на виробництві.

4. Визначте етапи профорієнтаційного консультування.

5. Сформулюйте проблеми психологічного консультування.

6. Проаналізуйте специфіку консультування дітей дошкільного та молодшого шкільного віку.

7. Сформулюйте сфери психологічного консультування.

8. Проаналізуйте психологічне консультування з проблем освіти.

9. Охарактеризуйте умови успішного консультування.

10. Проаналізуйте психологічне консультування з проблем управління.

11. Обґрунтуйте специфіку роботи консультанта з тривожністю дітей дошкільного та молодшого шкільного віку.

12. Охарактеризуйте види психологічного консультування.

13. Обґрунтуйте принципи психологічного консультування.

14. Розкрийте суть роботи консультанта з тривожними клієнтами, клієнтами з реакціями страху та фобіями.

15. Охарактеризуйте психологічне консультування з депресією та суїцидальними намірами.

16. Розкрийте проблеми психологічного консультування батьків, які виховують дітей дошкільного та молодшого шкільного віку.

17. Сформулюйте суть психологічного консультування з проблем ринку та підприємництва.

18. Проаналізуйте роботу консультанта з клієнтами, які переживають провину.

19. Розкрийте суть консультування дітей дошкільного та молодшого шкільного віку при переживанні втрати: у випадку смерті близької людини, у випадку розлученні батьків.

20. Проаналізуйте специфіку роботи консультанта зі страхами дітей дошкільного та молодшого шкільного віку.
21. Перелічити основні техніки психологічного консультування в екстремальних та кризових умовах.
22. Проаналізувати зв'язок технік та етапів психологічного консультування в екстремальних та кризових умовах.
23. Визначити універсальні та спеціальні техніки психологічного консультування
24. Проаналізувати та відпрацювати типові технічні помилки консультантів процесі бесіди з клієнтом в екстремальних та кризових умовах
25. Особливості консультування тривожних клієнтів
26. Особливості консультування клієнтів, що пережили горе або втрату.
27. Особливості консультування при переживанні провини.
28. Визначте мету й завдання психологічного консультування
29. Визначте найважливіші завдання психологічного консультування. У чому полягають їхні особливості?
30. Охарактеризуйте взаємозв'язок і відмінності між психотерапією та консультуванням.
31. Поясніть відмінності між поняттями "психологічне консультування", "психологічна корекція" і "психотерапія".
32. Обґрунтуйте принципи психологічного консультування.
33. Обґрунтуйте, посилаючись на власні міркування, твердження, що психологічне консультування може допомогти людині краще пізнати свою долю, обрати й відбутися в обраній професії як справжній фахівець, ефективніше використати власний потенціал
34. Назвіть відомі Вам принципи психологічного консультування.
35. Які чинники є суттєво важливими для проведення інтерв'ю?
36. Яку роль відіграють запитання під час проведення інтерв'ю?
37. Назвіть основні етапи проведення інтерв'ю.
38. Основні визначення психологічного консультування.
39. Специфіка психологічного консультування як окремого виду психологічної допомоги.
40. Відмінність психологічного консультування від інших видів психологічної допомоги.
41. Мета і завдання психологічного консультування.
42. Принципи та види психологічного консультування.
43. Загальна модель структури процесу консультування.
44. Стадії консультативного процесу.

45. Загальні правила й установки ефективного та структурованого процесу консультування.

46. Роль і місце консультанта у ПК. Основне завдання консультанта.

47. Модель особистості ефективного консультанта.

Психологічні задачі

Задача 1. До психолога звернулись батьки дівчинки 11 років, яка ходить до спеціальної школи-гімназії з поглибленим вивченням іноземних мов. Сім'я живе у старому районі великого міста, де немає місця для прогулянок чи ігор. Наприкінці чверті стомлюється, з'являється головний біль. У цей час вона частіше, ніж завжди, хоче ходити у кіно та дивитись детективи. Батьки ж примушують її читати серйозні книжки. Непорозуміння та напруження, що виникають внаслідок цього, пом'якшуються після канікул, але наприкінці чверті все повторюється знову.

- 1) Побудуйте гіпотези відносно причин повторення такої ситуації.
- 2) Що не враховують батьки у природі дівчинки?
- 3) Що можна порадити батькам?

Задача 2. До сімейної консультації звернулися батьки дівчинки 8 років, яка страждала від жахливих видінь, що приходили до неї перед сном. Їх вона бачила досить часто, коли залишалася одна у темній кімнаті. Вони схожі на ті, що вона їх бачила у мультфільмах або про які читала у книжках. Батьки кажуть, що цей каприз з'явився нещодавно. У ранньому дитинстві дівчинка була жвавою, любила розказувати про все, що бачила. Більше ніяких скарг ні з боку дівчинки, ні з боку батьків не було. Дівчинка пішла у школу в 7 років, з навчанням у неї проблем не було. Психолог розпитував про зміст її видінь. Дівчинка з задоволенням розповідала.

– Ці видіння тебе лякають? — Поцікавився психолог.
– Лякають! Але вони такі яскраві, такі цікаві. Дивишся як у кіно.
– Вони тобі подобаються?
– Не знаю. Іноді дивишся і начебто мурашки по шкірі бігають, але хочеться подивитись продовження.

- 1) Дайте психологічну інтерпретацію ситуації.
- 2) Змалюйте психологічний портрет даного типу дитини.
- 3) Про що у подальшому потрібно поговорити з дівчинкою?
- 4) Що можна порадити батькам у такій ситуації?

Задача 3. Завідувач відділу великої фірми, що займається наданням послуг телефонного зв'язку, звернувся до психолога-консультанта з приводу конфлікту між провідними співробітниками відділу, в який були втягнуті всі

інші співробітники, внаслідок чого відділ розколовся на ворогуючі стани. Ситуація, що склалася, дуже заважає в роботі, і завідуючий відділом звернувся за допомогою до психолога, обіцяючи при цьому, що не пошкодує ні часу, ні коштів для оптимізації атмосфери у трудовому колективі.

1) З чого необхідно починати розв'язання ситуації?

2) Які прийоми та методи Ви можете запропонувати керівнику для налагодження стосунків між співробітниками?

3) Які психологічні форми роботи бажано використати у відділі для згуртування колективу?

Задача 4. До психолога звернулася мати 15-річного сина. Вона принесла з собою “Малюнок сім'ї”, виконаний її сином. На малюнку зображені мати й син спиною один до одного. Незвичайним було також те, що листок складався із склеєних шматочків. Мати пояснила: “Після того, як син закінчив малюнок, я його запитала, коли він в останній раз тримав пилососа? (На малюнку син з пилососом.) На що він спитав: “Що, не подобається?!” і розірвав малюнка. Прийшлося клеїти”.

Додаткова інформація. Сім'я розпалася майже зразу після народження сина. Тривалий час жили з бабусею та дідусем, які в основному й виконували батьківські ролі. Недавно отримали квартиру — відселились. Матері дуже важко спілкуватись із сином. Вона скаржиться на те, що він її не слухається, грубо розмовляє з нею. Дайте психологічну інтерпретацію сімейних проблем. Охарактеризуйте психологічний контакт матері з сином. Як їм допомогти налаштувати нормальні стосунки?

Задача 4. Головною проблемою філософського етапу історії психології є проблема душі і тіла, яка висвітлює складні взаємовідносини різнорідних, притаманних людині, явищ. На цьому етапі вона розв'язувалась створенням умоглядних психологічних теорій і тому, можливо, не знайшла задовільного пояснення. Проте науковий етап також не дав бажаних результатів. Хоча вона й отримала тут назву психофізіологічної проблеми, виявити конкретні шляхи переходу від фізіологічного (тіло) до психічного (душа) й досі не вдається.

Запитання: Чому саме ця проблема є головною в історії психології? Чому вона не знаходить розв'язання?

Задача 5. У первісному суспільстві людина була нерозривно пов'язана зі своїм родом, і цей зв'язок визначав її життя від народження до смерті. За доби феодалізму людське життя залежало від приналежності до того чи іншого класу. За середньовіччя життя людини суворо регламентувалося релігією. І лише доба Відродження відкрила можливості для самореалізації.

Запитання: Що покладено до основи життєвого шляху людини? Чи має життєвий шлях власну логіку?

Задача 5. „Я виховую двох дітей. З чоловіком ми розлучені. Через його від'їзд (він працює вахтовим методом) діти вже півроку не спілкуються з батьком. Старший син - першокласник. Останнім часом у нього відчутно зріс апетит, хоча й раніше на його відсутність він не скаржився. Кожне бажання дитини поїсти задовольняється, тому не можу сказати, що він голодний. Вдома завжди є цукерки. Раніше я давала дітям цукерки тільки у вихідні. З початком навчального року стала давати по цукерці майже щодня як нагороду за старанне виконання уроків. Цукерки завжди лежали в доступному місці, але ніхто з дітей ніколи не посмів взяти цукерку без дозволу, а якщо не заслужив, то старався виправитися і заслужити. Якось, прибираючи на кухні, я раптом знайшла в потаємному місці цілу гору обгортки від цукерок. Я точно знаю, що це робота старшого сина. Якими повинні бути мої дії в цій ситуації?"

ЗАВДАННЯ ДЛЯ САМОПІДГОТОВКИ: ПРОБЛЕМНІ СИТУАЦІЇ ТА ВПРАВИ

1. Послугуючись психікою, індивід створює образ світу та втілює його в процесі діяльності, змінюючи тим самим життя. Ця обставина відкриває перед психологією два альтернативні шляхи аналізу: з одного боку, змушує розглядати психіку як самодостатню сутність, таку, що породжує і зумовлює діяльність, а з іншого – бачити в ній продукт цієї діяльності, процес, що виникає і функціонує в її межах. Отже, перший шлях пролягає від психіки до діяльності, а другий – від діяльності до психіки. Який з цих шляхів має перевагу над іншим? Що змінюється від вибору того чи іншого шляху?

2. Про які психологічні особливості юнацького віку йдеться в епізоді фільму «Доживемо до понеділка», де старшокласник написав у творі: «Щастя – це коли тебе розуміють»?

3. Письменник О.Беляєв створив у своїй уяві голову професора Доуеля, наділену здатністю відчувати, мислити, пригадувати, тобто здатністю продукувати психіку. Цей фантастичний образ має під собою реальні підстави, оскільки голову (точніше, мозок) вважають органом психіки, а психіку, відповідно, функцією мозку. Чи могла насправді так функціонувати голова професора Доуеля? Чи буде така голова мислити?

4. У психології праці відомий так званий хоторнський ефект, виявлений під час вивчення впливу освітлення в цехах електромеханічного заводу м.Хоторна (США) на продуктивність складальних робіт. Після того, як попередні спроби встановити якусь закономірність завершилися невдачею, було обладнано спеціальну кімнату, де працювали п'ять робітниць. Крім освітлення, так варіювалися періодичність праці і відпочинку, тривалість робочого дня і тижня. Оплата праці здійснювалась відповідно до загальної кількості перемикачів, зібраних усіма робітницями. На подив учених, продуктивність весь час зростала, причому незалежно від змін, що вносилися. Подальше вивчення цього явища зумовило появу нової науки – соціальної психології. Який метод застосовувався у цьому випадку? Як можна пояснити отримані результати?

5. Шкільний психолог розробив анкету, спрямовану на з'ясування ставлення учнів до заходів, які проводились у школі. Вона складалася із 40 запитань і починалася словами „Чи подобається тобі?..”, „Чи хотів би ти?..”, „Чи задоволений ти?..”, „Чи любиш ти?..”. Передбачалися відповіді „так” або „ні”, що їх повинні були вибрати опитувані. Чи правильно складено цю анкету? Яких вимог потрібно було дотримуватись?

6. Є давня легенда про майстрів, які підносили каміння до місця майбутнього будівництва. Коли одного запитали, що він робить, він відповів: «Хіба ви не бачите, я тягаю каміння». Другий на те ж запитання відповів: «Я у поті чола заробляю собі на хліб». Третій висловився: «Я будую дім, де житимуть люди». Як можна пояснити відмінності у відповідях цих будівельників? Чим зумовлено це явище?

7. Відомо, що у молодшому шкільному віці спілкування між дітьми часто визначають зовнішні чинники (місце проживання дітей, сусідство за партою тощо). Спілкування у підлітковому віці характеризується значною інтенсивністю і вибірковістю. Це спілкування у межах певної групи, на ґрунті певних інтересів підлітків. У юнацькому віці коло суб'єктів спілкування звужується, спілкування стає довірливим, інтимним. Що лежить в основі цієї закономірності? Чим зумовлена зміна змісту спілкування з віком?

8. Під час опитування солдатів з'ясувалося їхнє бажання брати участь у бойових діях. Першу групу становили новачки, які служили в підрозділах, що цілком склалися з новобранців. Другу групу склали також новачки, але з підрозділів. Що вже брали участь в бойових діях. Членами третьої групи були фронтовики з досвідом ведення бойових дій. Виявилось, що в першій групі “ готових ” вступити в зону безпосередніх бойових дій було 46%, у другій – 28%, у третій – 15%. Чому так сталося? Про що свідчать ці дані?

9. Учням було запропоновано завчати два оповідання, рівні за обсягом та ступенем складності. Перше зачитувалося після попередження, що перевірка відбудеться наступного дня, друге слід було запам'ятати надовго. Однак в обох випадках ефективність запам'ятовування перевірили через два тижні. Яке оповідання учні запам'ятають краще? Чому?

10. Підраховано, що із 108 ідей письменника-фантаста Ж.Верна помилковими або нездійсненими виявилися лише 10. З 50 ідей О. Беляєва – лише 3. Фантаст і біохімік А.Азімов ще в 1950 р. в романі «Я - робот» передбачав появу робототехніки. Проте є й письменники, фантастичні образи яких не знаходять втілення. Про що свідчать ці дані? Як вони характеризують уяву?

11. Визначте проблеми ваших однолітків методом опитування. Вкажіть, до яких сфер життя вони відносяться. Запишіть психологічні проблеми, що потребують допомоги консультанта.

12. До ситуації запропонувати до 5 причин її виникнення. «Мати звернулася зі скаргами на те, що різко погіршилися відносини з дочкою: вона

віддалилася від батьків, стала закриватися в кімнаті, подовгу бродить по квартирі вночі, почала сповідати вегетаріанство».

13. До ситуації запропонувати до 5 причин її виникнення. «Він дуже боїться один залишатися вдома. Ми вже його переконували, що нічого страшного не трапиться, але він начебто не розуміє цього (про хлопчика 10 років)».

14. У процесі психологічного консультування психолог завжди прагне використовувати цілий ряд вправ, технік та прийомів з тим, щоб допомогти клієнту зрозуміти власні труднощі, ірраціональні почуття, причини кризової ситуації та самостійно побачити шляхи вирішення життєвих проблем.

Пропонуємо вправи та техніки, які використовуються у практиці під час консультативного процесу. За допомогою них консультування стає більш ефективним, якісним і дає можливість клієнтові реалізувати свою потребу: усвідомити те, що відбувається, визначити свої справжні почуття, знайти шляхи вирішення власних проблем тощо.

Вправи для зняття внутрішньої скутості

Вправа «Хо́да»

Психолог звертається до клієнта: «Дивися, як я ходжу! Яка у мене хода? Швидка або повільна? Чи можеш ти що-небудь сказати про мій характер, спостерігаючи за тим, як я рухаюся? А зараз спробуй пройти сам! Добре у тебе виходить!» «А можеш пройти так, як ніби тобі взагалі все байдуже: дивляться на тебе чи ні? А можеш пройти так, як ходять жінки/чоловіки в 50 років з важкими сумками? А як ходять підстрибуючи дівчата/хлопчиська 9-10 років? А як може пройти дівчина/юнак, яка упевнена(ий) в тому, що вона найкрасивіша(ий)?» Кожна пропозиція про виконання тієї або іншої ходи психолог спочатку показує сам, пропонуючи своєму клієнту повторити, ґрунтуючись на своїй манері ходьби.

Вправа «Яблуко»

Психолог і клієнт знаходяться один проти одного на відстані 1,5 метра. Психолог говорить: «Уяви, що ми з тобою знаходимося в саду. Перед нами яблуня, обвішана прекрасними, соковитими плодами. Бачиш, на верхній гілці висить найстиглише яблуко? Напевно, воно і найсмачніше! Давай спробуємо його дістати! Не виходить? Тягнися вище, витягуйся як можеш! Руку вище! Ще вище! Уф! Дістали яблуко!» (видих)

Вправа «Вогонь і крига»

У цій вправі необхідно поперемінно напружувати і розслабляти все тіло. По команді психолога «Вогонь!» клієнт починає робити інтенсивні рухи всім тілом. Ступінь їх інтенсивності і плавності вибирає сам клієнт. Психолог дає команду: «Крига!». І клієнт повинен застигнути в тій позі, в якій застала команда. При цьому потрібно напружувати все тіло до межі. Психолог чергує ці команди кілька разів, міняючи час виконання на свій розсуд.

Вправа «Інтеграційне дихання»

Вправа виконується стоячи. Ноги - на ширині плечей, пальці рук зчеплені спереду. Руки - вгору, трохи назад (вдих). Потягнутися. Потім різко опустити руки вниз, дістати носки ніг (видих). Вправу рекомендується виконати 4-5 разів.

Вправи для підвищення самооцінки, самоповаги, самоцінності, самосприймання

Вправа «Намалюй автопортрет!» (при роботі з підлітком або старшокласником)

Перед клієнтом чистий лист паперу і набір кольорових олівців. Інструкція: «Ти можеш намалювати самого себе в будь-якій манері і будь-якій позі, в повний зріст або тільки обличчя. При цьому назви свій малюнок». Після того, як малюнок буде готовий, психолог активізує обговорення тих моментів, які допомагають розвитку самоаналізу підлітка або старшокласника:

Яку частину аркуша займає малюнок?

Малюнок виконаний різкими, енергійними лініями або, навпаки, м'якими?»

Чи всі елементи обличчя або тіла зображені на малюнку? Чого не вистачає?

Які кольори вибрані?

Які враження викликає малюнок?

Як би ти віднісся до людини, яка зображена на малюнку, якби це був не ти, а хтось інший?

Що б ти змінив? З якою метою? (клієнт міняє щось в малюнку)

Як би ти зараз зміг віднести до людини, яка зображена на малюнку?

Вправа «Я - хороший, я – поганий»

Психолог радить клієнтові скласти список якостей його характеру. Аркуш слід розділити навпіл і в лівій частині написати свої хороші якості (почати з хороших), а в правій – погані. В ході бесіди психолог стимулює клієнта до того, щоб кількість якостей, виділених клієнтом в обох стовпцях, була або рівною, або хороші якості переважали за чисельністю над поганими. Не рекомендується зупиняти вправу, коли клієнт виділив в собі велику

кількість негативних якостей і не зміг визначитися в тому, що ж в нім самому є позитивного.

Вправа «Мій портрет у променях сонця» (при роботі з підлітком)

Психолог пропонує клієнту, в центрі сонячного кола написати своє ім'я або намалювати свій портрет. Вздовж променів написати всі свої чесноти, все хороше, що клієнт знає про себе. Психолог стимулює до того, щоб променів було як можна більше.

Далі психолог пише зверху на малюнку питання «Чому я заслуговую поваги?» і стимулює клієнта до обговорення.

Вправа «Досягнення»

Клієнта просять перерахувати (або написати і це краще) всі досягнення за все своє життя.

Коментар: Дуже часто клієнти вважають досягненнями тільки великі події, такі, наприклад, як виграш в змаганнях, закінчення курсів, отримання золотої медалі тощо, тобто те, що соціально значиме і схвалене суспільством, орієнтуючись на загальноприйняті критерії. Через це список може бути дуже маленьким, що приводить клієнта ще в більший смуток. Тому, завдання уточнюється і пояснюється. Говоримо, що важливими є всі досягнення, які клієнт вважає своїм особистим здобутком, особистим внеском, результатом своєї праці. Наприклад, навчитися самотійно кататися на велосипеді в 6 років – це величезне досягнення, оскільки дитина подолала свій страх, доклала багато зусиль, зміркувала як управляти своїм тілом і т.ін. Ті досягнення, які клієнт знецінює, переглядаються з погляду власних критеріїв значущості, а не загальноприйнятих канонів. Наприклад, покупка телефону може бути дуже могутньою опорою для самоповаги. Клієнт може знецінювати цю покупку, кажучи, що зараз у дуже багатьох людей є телефон, і вони не вважають це якимсь таким досягненням. Проте, ми звертаємо увагу на те, що клієнт купив його сам на свої гроші (зібрав велику суму з кишенькових грошей, заробив на розклеюванні реклам...), вибрав самотійно модель і провів порівняльний аналіз моделей і так далі. Ми вишукуємо разом з клієнтом його особистий внесок, яким він може пишатися.

Вправа «Китайська армія»

Клієнтові дають домашнє завдання: відзначати всі свої досягнення, кожного разу ставлячи собі пам'ятник у вигляді китайського воїна теракотової армії (або збирати кульки в якусь ємність).

Коментар. Тут важливими є два моменти. Перший стосується розуміння сенсу досягнень, також, як і в попередній вправі акцент робиться на особистому внеску клієнта, на його розумінні власного досягнення.

Наприклад, вперше в житті не втік від неприємної розмови з другом/близькою людиною – усвідомлено зупинив себе; видав природну реакцію на грубість друзів; зумів зупинити наростаюче відчуття самоприниження при критиці; зберіг самовладання в конфліктній ситуації... Другий момент стосується візуалізації будь-якого нового досвіду. Особливо це важливо для клієнтів, які знецінюють себе. Візуально утілюючи кожне своє досягнення і спостерігаючи як заповнюється простір день за днем, клієнтові важко стає знецінювати себе і свій внесок в події свого життя.

Вправа «Шкала самоповаги»

На шкалі відсотків від 0 до 100% або балів від 0 до 10 клієнт відзначає рівень своєї самооцінки. Задаються питання: «За рахунок чого вийшло, що ти опинився тут?», «Що дозволило тобі вже бути на 20 (25)%?», «Що такого ти зробив для цього?» Можна, поставити питання про те, хто з друзів, знайомих (які значимі для нього) поставив би клієнта вище, чому? «Чого такого вони бачать в ньому, що дозволяє їм цінувати його вище, ніж він сам себе?». Крім того, шкалу самоповаги можна періодично коректувати в процесі консультування, відзначаючи, де зараз знаходиться клієнт – це дозволяє бачити і усвідомлювати результати самому клієнту, що зусилля не проходять дарма.

Вправа «Моя цінність»

Клієнта просять перерахувати (написати), що цінують в нім його близькі, друзі, рідні, незалежно від його досягнень і того, що він робить для інших. Що примушує його друзів бути з ним поряд, що привертає в нім інших людей. Особливо потрібно стежити, щоб перераховувалися тільки особистісні особливості, риси вдачі, індивідуальні особливості.

Коментар. Самоприймання засноване на тому, що дитину люблять просто так, ні за що, а просто за те, що вона є на світі. Такій дитині не потрібно було заслужувати любов батьків. І коли вона подорослішала – у неї наявне глибинне відчуття власної цінності, власної значущості. Вправа, направлена на те, щоб «включити» глибинне відчуття власної цінності: людину приймають і люблять не за його досягнення або служіння, а за те що вона є.

Вправа «Я приймаю себе»

Дану вправу добре робити з асоціативно-проектними картками. Клієнта просять вибрати з карток не думаючи, заздалегідь не називаючи, всі свої особистісні особливості, риси вдачі. Важливо, щоб клієнт заздалегідь не придумував назви рис і не підбирав до них картки, а, навпаки, вибирав не думаючи те, що якимось відноситься до нього. Карток може бути багато. Потім клієнта просять назвати кожну картку: що це за особистісна особливість, або

риса вдачі. Серед названих рис, як правило, зустрічаються ті, які клієнтові не подобаються, і від яких він хоче позбавитися. Подальша робота проводиться по схваленню всіх рис як важливих і унікальних, властивих саме цьому клієнтові. Проводиться трансформація «поганих» рис в «хороших». Тобто міняється відношення клієнта до цих рис. Показується корисність даної особливості для життя.

Коментар. Ця техніка широко використовується в багатьох підходах, має різні назви, але суть її одна, і полягає в тому, що клієнтові демонструється, що виходом є не відмова від частини себе, а саме схвалення всіх своїх рис, пошана до них, гордість за свою унікальність і неповторність. Кожна якість має свої і «позитивні» і «негативні» сторони, і важливо думати про свої особливості в термінах «корисно-шкідливо». Тобто, в яких випадках ця особливість мені допомагає, а в яких заважає. Це означає, що не я поганий, а ця риса в якихось випадках забирає дуже багато влади в моєму внутрішньому просторі. Тому, будучи господарем своєї особистості, я можу використовувати її в тій якості, яка мені потрібна.

Вправи для самоаналізу, зняття емоційної і поведінкової скутості.

Вправа «Хто Я?»

Протягом 5-10 хвилин клієнт повинен записати якомога більше відповідей на питання «Хто Я?» Форма відповідей довільна. Характеризуючи себе, можна використовувати іменники, прикметники, дієслова. Це може бути слово, фраза, розгорнене речення. Кожна нова відповідь нумерується і починається з нового рядка. У цьому завданні немає правильних і неправильних відповідей.

Після того, як завдання виконане проводиться інтерпретація і обговорення результатів. Всі відповіді можна розбити на три групи:

Перша група – це, так звані формальні ролі, наприклад: «людина», «учень», «дочка», «учасник команди» і так далі.

Друга група – міжособистісні ролі, ролі в яких присутні особистісні риси, що виявляються тільки в процесі взаємодії, спілкування. Наприклад: «товариський», «хороший друг», «замкнутий», «активний і комунікабельний» тощо..

Третя група – індивідуальні ролі, особистісні особливості, які при взаємодії явно можуть не виявлятися. Наприклад: «недовірливий», «фантазер», «мрійник» і так далі.

Клієнт підраховує кількість відповідей, що відносяться до кожної групи і визначає свій рольовий профіль.

Психолог допомагає зробити інтерпретацію.

Завдання психолога не поставити «діагноз», а «розморозити» клієнта, ініціювати процеси самопізнання, саморефлексії.

Якщо переважають відповіді першої групи (формальні ролі), то можна припустити, що з якихось причин клієнт вважав за краще «закритися» від тих, хто його оточує або вважає за краще жити і діяти відповідно до заданих суспільством правил і шаблонів. (У нормі перші 3-7 строчок займають саме соціальні ролі).

Якщо переважають відповіді другої групи (міжособистісні ролі), то можна припустити, що велике місце в житті займає процес взаємодії і спілкування з людьми. Клієнт орієнтований на людей, порівнює свою поведінку з їх очікуваннями (принаймні, з очікуваннями значущих для нього людей) і достатньо комфортно відчуває себе в спілкуванні.

Якщо переважають характеристики третьої групи (індивідуальні ролі), то можна припустити, що клієнт досить добре знає себе, прагне ухвалювати самостійні рішення і відстоювати свою думку.

Якщо відсутні відповіді третьої групи, то можна говорити про високу орієнтацію на спілкування і взаємодію. Більш того, швидше за все мета такого спілкування у клієнта знаходиться в самому процесі спілкування. Як у відомому фільмі: «Портос, а Ви чому б'єтеся?» «Б'юся, тому що б'юся!»

Відсутні відповіді другої групи: виражена дистанція в спілкуванні, взаємодіє носить формалізований характер, жорстко виражена позиція людини, яка реалізує досягнення своєї мети.

Відсутні відповіді першої групи. Прагнення до неформального спілкування, зневага загальноприйнятими нормами, бажання впливати і впливати на тих, хто його оточує для реалізації своїх задумів.

Вправу можна використовувати для «розморожування» клієнта (наприклад, для немотивованих до спілкування з психологом), а також вправа дозволяє обговорити, що знаходиться на «поверхні свідомості» клієнта.

Вправа «Зустріч з інопланетянином» (автор Войтович Г.І.)

Психолог звертається до клієнта (наприклад, до батька): «До вас звернувся інопланетянин батьківського віку із таким запитанням: Що потрібно зробити, щоб стати найгіршим батьком?»

Клієнт на аркуші паперу записує та підкреслює речення. «Скажіть, яке слово вас найбільше вразило? (однозначна відповідь – слово «найгіршим»). Ну що ж, він інопланетянин і хоче стати найгіршим. Давайте від даного речення опустимо 5 рисочок та замалюємо кола. У ці кола вам необхідно вписати можливі варіанти слів-характеристик, ввівши які інопланетянин стане найгіршим». Клієнт самостійно вписує. Слід зауважити клієнту, що писати потрібно самостійно.

Чому? Тому, що таких як вони, більше на світі немає, а отже, інопланетянину буде важлива саме їхня думка. Далі клієнт озвучує вписане. Психолог продовжує: «От інопланетянин і став таким (зчитуються характеристики). Він так прожив півроку і виховав у собі ці характеристики. А далі, уявіть собі, що він знову підходить до вас з проханням: «Я не хочу бути більше таким!!! Порадьте, що мені слід робити, щоб таких характеристик у мене не стало!!!»

(Клієнту пропонується опустити від кожного кола прямокутник та самостійно вписати 1, 2, 3 те, що потрібно зробити інопланетянину, щоб позбутись цих характеристик). Пам'ятайте, таких як ви, більше на світі немає».

По закінченню самостійної роботи клієнта, психолог пропонує і свої професійні рекомендації під п.4

На наступному етапі клієнтові пропонується проаналізувати отриману схему з низу до верху і стимулювати до того, що при виконанні власних порад і рекомендацій психолога він має можливість позбутися поняття «найгірший». Варто зауважити, що дана вправа ефективно працює як з підлітками так і з батьками і педагогами. Важливо правильно сформулювати проблему та залучити до глибинного самоаналізу, оскільки клієнт, як правило, вбирає ті негативні характеристики, які наявні у нього.

Вправа «Без маски»

Клієнтові дається картка з написаною фразою, що не має закінчення. Без всякої попередньої підготовки він повинен продовжити і завершити фразу. Вислів повинен бути щирим.

Приблизний зміст карток:

«Особливо мені подобається, коли люди, які оточують мене...»

«Що мені іноді по-справжньому хочеться, так це ...»

«Іноді люди не розуміють мене, тому що я ...»

«Вірю, що я ...»

«Мені буває соромно, коли я ...»

«Особливо мене дратує, коли я ...» і тому подібне...

Вправи для професійного самозосередження та ієрархізації професійних цілей

Вправа «Лінія професійного цілепокладання»

Психолог пропонує клієнту намалювати горизонтальну або вертикальну лінію. Позначити на ній теперішній момент відліку часу – сьогоднішня дата. Це початкова крапка на шляху до здійснення професійної мрії – крапка нуль. Нижче, під лінією, дати для себе відповіді на запитання та виконати завдання (психолог пропонує занотувати завдання, щоб обговорити їх зміст перед безпосереднім виконанням):

1) Яка ваша професійна мета? Сформулюйте її чітко та зрозуміло для себе.

2) Якою ви її уявляєте? Опишіть мету в образах, ваших відчуттях та діях. Надайте образу вашої мети максимальної яскравості та деталізуйте всі її ознаки.

3) Який зміст для вас має ця мета? Якими переконаннями та цінностями ви керувались, коли її поставили перед собою?

4) Що ви будете робити аби досягнути поставленої мети? Запишіть покроково додаткові цілі, детально опишіть їх як етапи досягнення професійної мети.

5) Позначте на вашій лінії терміни досягнення додаткових цілей. Тепер позначте час, коли ви досягнете професійної мети.

6) Звідки ви будете знати, що рухаєтесь у правильному напрямку, досягаючи мети? Що ви будете відчувати, бачити та чути в процесі реалізації кожного з етапів?

7) Які труднощі можуть виникнути на шляху досягнення вашої мети? Як ви будете на них реагувати? Як плануєте їх подолати?

8) Коли ви зрозумієте, що вже досягли поставленої мети? Що ви будете відчувати, чути та бачити, коли досягнете її?

9) Чого ви можете навчитись, відповідаючи на ці запитання та виконуючи завдання?

Вправа «Досвід моїх помилок»

Мета: рефлексія власних помилок, опанування навичок успішної поведінки та конструктивного подолання проблемних ситуацій.

Інструкція: «А зараз пригадайте, будь ласка, власні помилки, які ви коли-небудь робили у своєму житті. Намагайтесь бути відвертими з самими собою.

Розділіть, аркуш паперу на чотири вертикальні колонки та напишіть у першій з них «мої помилки». Запишіть там власні помилки, які вам зараз спадають на думання.

Напишіть у другій колонці «Можливі виходи з ситуації» та запишіть, яким чином можна було подолати цю ситуацію інакше, тобто, які варіанти її розв'язання є більш конструктивними.

А у третій колонці, яка буде називатись «чим корисно помилялись?» ви можете записати, який корисний досвід ви отримали з власних помилок, чому навчилися, які якості в собі розвинули і т.д.

I, найцікавіше, у четвертій колонці зробіть підзаголовки «на майбутнє» – та запишіть власні рекомендації собі – що слід робити, щоб не помилялись, яким чином приймати вірне рішення у подібних ситуаціях.

Вправа «Страхи – у бажання»

Мета: навчити навичкам трансформації негативної енергії власних страхів у позитивну енергетику бажань.

Інструкція: «Візьміть, будь ласка, аркуш паперу та розділіть його на дві вертикальні колонки. У лівій колонці, зробіть надпис «мої страхи» та запишіть туди все що ви можете почати зі слів – «я боюся...», «мене непокоїть...», «мене турбує...», «мене хвилює.....»

Намагайтесь записати все, що спадає вам на думку, цей перелік особисто для вас, інші учасники не дізнаються про його зміст. На це вам відводиться 5 хвилин. Пауза 5 хвилин.

А тепер подивіться на правий пустий стовпчик та зробіть там надпис «мої бажання». Кожен страх ховає за собою якийсь підсвідоме бажання, яке людина вважає нездійсненим, саме тому і відчуває його у вигляді страху. Наприклад, людина боїться захворіти, отже, вона бажає бути здоровою, але побоюється, що це у неї не вийде, саме тому і відчуває відповідний страх. Переформулюйте власні страхи у бажання, які за ними ховаються, та запишіть те, що спадає вам на думку у правому стовпчику на ваших аркушах. Будьте відвертими із самими собою, записуйте те, що відразу спадає вам на думку. На це вам відводиться 5 хвилин. Пауза 5 хвилин.

А тепер подивіться, будь ласка, на перелік ваших бажань та уявіть, що пройшов місяць і зараз ви знову дивитесь на цей перелік. Подумайте, які з цих бажань ще й зараз є для вас актуальними та важливими. Підкресліть їх. Подумайте від кого залежить їх здійснення: від вас самих, то поставте біля них літеру «Я», від інших людей – літера «Л», від долі – літера «Д» У певних випадках ви можете поставити декілька літер біля того, що ви написали. На це вам відводиться 3 хвилини. Пауза 3 хвилини.

А тепер, будь ласка, відрвіть ліву частину вашого аркушу – вона вам більше не потрібна, розірвіть її на маленькі шматочки та викиньте. У вас лишилися лише ваші бажання. Це ваш план дій. Подивіться на нього – скільки бажань залежить від вас, скільки від інших людей, скільки від долі. Ви бачите, що бажань, які зовсім не залежать від вас не так вже й багато і вони можуть перетворитись на цілі, які ви здатні досягти.

А тепер розкажіть, будь ласка, про ваші бажання, що залишилось для вас актуальним та яким чином їх можна здійснити.

Вправи при втраті та горі

Вправа «Кола довіри» (вік від 5 років +)

Мета: допомогти визначити, кому зі свого оточення згорьовані можуть довіряти.

На великому аркуші паперу (переважно А3), посередині, намалювати маленьке коло та попросити дитину уявити себе в ролі кола і прикрасити його. Деякі напишуть своє ім'я, інші розфарбують його, треті використають кольорову наклейку.

Після чого малюється інше більше коло, розташоване навколо і близько до першого. Дитину просять подумати про людей, яким вона може сказати все що завгодно про своє горе, в будь-який час, з упевненістю що її зрозуміють. Ці люди розташовуються в другому колі, записуючи їх імена, ініціали або символи.

Наступне коло малюється злегка ширше другого, для людей, яким можна сказати деякі речі в будь-який час. Четверте, найбільш широке коло малюється для людей, з якими можливо поділитися деякими речами, в певний час. Таким чином, діти дізнаються про те, що існують різні категорії друзів, і їм потрібно вибирати, кому довіряти, в чому і коли.

Коментар. Ця проста вправа має три важливих функцій. По-перше, вона створює картину важливих та значимих людей в світі дитини.

По-друге, є можливість змінювати картину і доповнювати її в наступних сесіях, що дозволяє переглядати зміни в природі відносин і переміщати людей в колах.

По-третє, вона допомагає дітям розвинути інсайт про їхні потреби в людях (що її оточують), яким довіряють; спонукає їх думати, перш ніж висловлювати свої потаємні думки.

Якщо горе набуває хронічного відтінку, то слід встановити: чому людина не може відмовитися від цієї фіксації; який відбиток смерть відкидає на ставлення людини до себе на фоні втрати; чи є якась вторинна причина того, що людина тримається за горе, наприклад, вона виявила, що про неї стали дбати, її «помічають», а цього їй раніше не вистачало.

Вправа «Втрата».

Для її виконання клієнту пропонується письмово відповісти на такі запитання:

- Пригадайте і запишіть найважливішу для вас втрату за останній час (3 роки);
- Чи була втрата несподіваною? Скільки попереджувальних знаків, які говорили про те, що події розвиваються до гіршого, ви отримали? Чи була у вас яка-небудь можливість запобігти втраті?

– Опишіть ваші почуття щодо вашої втрати тоді, коли вона відбулася і зараз, коли ви згадуєте про неї.

– Опишіть свій стан здоров'я в той період, коли трапилася ця втрата (можливо, хвороби, що з'явилися, або нездужання), і свої тілесні переживання тепер, коли ви згадуєте про неї.

– Запишіть, що ви втратили в результаті цієї втрати.

– Визначте, яке значення втрати особисто для вас (ради чого ви її пережили).

– Чи містилося у вашій втраті яке-небудь приховане звернення до вас?

– На що у вашому житті втрата розплющила вам очі? Що ви придбали в результаті цієї втрати (те, чому ви навчилися, зрозуміли)?

Вправа „Різниця між рефлексивним та нереклексивним слуханням”

Робота в „парах” (консультант-клієнт). Рольова гра „Консультативне інтерв'ю”. Клієнт вибирає будь-яку тему для спілкування, консультант спочатку використовує нереклексивне слухання (5-7 хв.) і мінімально втручається в мовлення партнера. Потім - переходить на рефлексивне слухання (5-7 хв.). Далі партнери обмінюються ролями. По закінченню робочих етюдів - аналіз набутого досвіду та обговорення вражень.

Вправа 2. „Відстоювання теми для спілкування”.

Розбитися на пари. Розподілити ролі „нудьгуючого” і того, кому потрібно розв'язати розмову на тему, яка його цікавить. Рольову гру краще починати з обговорення того, на що звернено увагу „нудьгуючого” в цей момент. В ході вправи відпрацьовується вміння заохочувати мовлення партнера та будувати „місточки” між різними темами розмови.

Вправа 3. „Зміна теми”.

Робота в „парах” (консультант-клієнт). Партнери вибирають будь-яку тему. Завдання консультанта - дотримуватися обраної теми. Завдання клієнта – змінити тему. Кожен має право виконувати своє завдання і чинити опір партнерові, але якщо з'являється потяг змінити тему, то змінювати її. Зміна може бути плавною або різкою, грубуватою. Важливо вміти будувати „місточки” між темами та застосовувати навички рефлексивного і нереклексивного слухання.

Вправа 4. „Груповий тренінг навичок заохочення мовлення”.

А) Кожен учасник по колу розповідає щось конкретне, наприклад, як він сьогодні дістався на заняття, а його наступник повторює сказане своїми словами (переповідання), нічого не додаючи до почутого.

Б) Кожен із учасників по колу висловлює якусь тираду, на яку група реагує будь-якою з технік заохочення мовлення. Під час виконання вправи учасники

мають змогу використовувати техніки заохочення мовлення (повторення тверджень, перефразування та переповідання) і тренувати влучність та лаконічність мовлення.

В) Більш складний варіант - вправа „Ехо”: один учасник висловлює своє бачення якоїсь проблеми, другий - „живе ехо” - перефразує висловлювання того, хто говорить, тобто повторює своїми словами сказане. Якщо „ехо” не правильно відтворює сказане, то речник зупиняється і поправляє „ехо”, якщо ведучий задоволений своїм „ехо” - гра продовжується.

Проблемні ситуації:

1. До психолога звернулася жінка з такою проблемою: “В неї не складається подружнє життя — чоловік їй зраджує”.

Яку стратегію консультування має обрати психолог?

2. До психолога звернулися батьки дівчинки 11 років, яка ходить до спеціальної школи-гімназії з поглибленим вивченням іноземних мов. Сім'я живе у старому районі великого міста, де немає місця для прогулянок чи ігор. Наприкінці чверті дівчинка стомлюється, з'являються головні болі. У цей час вона частіше, ніж завжди, хоче ходити у кіно та дивитись детективи. Батьки ж змушують її читати серйозні книжки. Непорозуміння та напруга, що виникають внаслідок цього пом'якшуються після канікул, але у кінці чверті все повторюється знову.

Побудуйте гіпотези відносно причин повторення такої ситуації. Що не враховують батьки у природі дівчинки? Що можна порадити батькам?

3. До сімейної консультації звернулися батьки дівчинки 8 років. Дівчинка страждала від жахливих видінь, що приходили до неї перед сном і які вона бачила досить часто. Коли вона залишається одна у темній кімнаті, з'являються образи, які схожі на ті, що вона бачила у мультфільмах або про які читала у книжках. Батьки вважають, що це прояв капризу, оскільки це з'явилося недавно. У ранньому дитинстві дівчинка була жвавою, любила розказати про все, що бачила. Більше ніяких скарг, ні з боку дівчинки, ні з боку батьків, не було. Дівчинка пішла у школу в 7 років, з навчанням у неї проблем не було.

Психолог розпитував про зміст її видінь. Дівчинка з задоволенням розповідала.

—Ці видіння тебе лякають? — поцікавився психолог.

—Лякають! Але вони такі яскраві, такі цікаві. Дивишся як у кіно.

—Вони тобі подобаються?

—Не знаю. Іноді дивишся і начебто мурашки по шкірі бігають, але хочеться подивитись продовження.

Дайте психологічну інтерпретацію ситуації. Змалюйте психологічний портрет такого типу дитини. Про що у подальшому потрібно поговорити з дівчинкою? Що можна поради́ти батькам у цій ситуації?

4. До консультації служби сім'ї звернулася жінка 35 років і розповіла, що недавно дізналась про те, що чоловік зраджує їй з іншою жінкою. Жінка не знає, що їй робити. Вона любить свого чоловіка, крім того, вони мають двох синів. Але як же бути із зрадою чоловіка та чи можна її пробачити?

Чи має право психолог-консультант у цій ситуації дати клієнтці якусь із двох порад: “розлучитись” або “зберегти сім'ю”?

У чому має полягати психологічна допомога у цьому випадку?

5. До психолога звернулася мати 15-річного сина. Вона принесла з собою “Малюнок сім'ї”, виконаний її сином. На малюнку зображені мати й син спиною один до одного. Незвичайним було також те, що листок складався із склеєних шматочків. Мати пояснила: “Після того, як син закінчив малюнок, я його запитала, коли він в останній раз тримав пілососа? (На малюнку син з пілососом.) На що він спитав: “Що, не подобається?!” і розірвав малюнка. Прийшлося клеїти”.

Додаткова інформація. Сім'я розпалася майже зразу після народження сина. Тривалий час жили з бабусею та дідусем, які в основному й виконували батьківські ролі. Недавно отримали квартиру — відселились. Матері дуже важко спілкуватись із сином. Вона скаржиться на те, що він її не слухається, грубо розмовляє з нею.

Дайте психологічну інтерпретацію сімейних проблем. Охарактеризуйте психологічний контакт матері з сином. Як їм допомогти налаштувати нормальні стосунки?

6. До служби сім'ї прийшла жінка з такою проблемою. Після розлучення вона та її перший чоловік створили нові сім'ї. Але у неї з'явилися проблеми з дочкою від першого шлюбу. Донці 8 років. Вона не хоче жити з вітчимом. У своїй неприязні до матері доходить до ненависті. Вимагає змінити їй ім'я на грузинське (її рідний батько — грузин) не поважає матір за те, що вона не грузинка. Батько дівчини має іншу сім'ю і брати її до себе не збирається. Дайте психологічну інтерпретацію ситуації, що виникла. Яка додаткова інформація потрібна для повноцінної консультації? Сформулюйте можливі гіпотези щодо причин та подальшого розвитку проблеми та означте шляхи її вирішення. До формулювання якої батьківської позиції потрібно підштовхнути клієнтку?

ЗАВДАННЯ ДЛЯ САМОСТІЙНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

1. Андрійко, учень 3 класу, дуже вперта дитина. На перерві вдарив однокласницю Олену книгою по голові. Учитель: примушував його вибачитись, але учень відмовлявся. "Будеш стояти, поки не вибачишся в куті", – сказав вчитель і відвів учня в один з кутів класу. Учень простояв весь день до кінця уроків, але так і не вибачився. Проаналізуйте ситуацію та висловіть свої думки.

2. Сашко – учень другого класу – єдина дитина в родині у вже немолодих батьків. Після зимових канікул на уроці математики Сашко почав демонстративно розглядати альбом з фотографіями тих місць, де він був з батьками під час канікул і покликав вчителя, показати йому фотографії. Учитель: брутально йому відповів: "Мене це зовсім не цікавить. Заховай негайно! Неси швидко зошит і покажи, що ти зробив на уроці". Сашко розплакався і порвав всі фотографії. Прокоментуйте ситуацію та скажіть чи правильно вчинив вчитель.

3. Весь клас готується до новорічного свята. За декілька днів до свята один з ведучих захворів. На репетиціях його замінив інший учень. В день проведення свята дитина, яка захворіла прийшла разом з мамою, яка пояснила вчителю, що хлопець ще не зовсім здоровий, але так переживав за те, щоб свято не зірвалось без його участі, що прийшлося привести його до школи, слова він вивчив. Учитель: "заспокоїв" хлопчика: "Я ж не знав, що ти прийдеш, треба було попередити мене. Нічого, не хвилюйся, це ще не останнє свято у твоєму житті". На ці слова вчителя хлопчик розплакався. Висловіть свої думки щодо цієї ситуації.

4. Один з учнів регулярно запізнюється на перший урок. Пояснюючи свою поведінку, він постійно говорить, що проспав. Учитель: ставить перед учнем вимогу: "Я допущу тебе до занять тільки з письмового дозволу директора чи завуча школи". Прокоментуйте ситуацію.

5. Молодий педагог вперше входить до класу. Після привітання пропонує першокласникам познайомитись і починає називати учнів по прізвищах. Зачитуючи прізвище одного з учнів, вчитель бачить, що той сховався під парту. Учитель: почав проводити з дітьми бесіду, про те, що вони вже учні, а хто не знає, як себе вести може знову опинитися у дитячому садочку. Проаналізуйте ситуацію та надайте свої рекомендації.

6. Із розповіді мами: «Моя семирічна донька ревнує мене до свого молодшого братика. Коли він був зовсім маленьким, це не дуже проявлялося, зараз наші стосунки загострилися. Як тільки я роблю їй зауваження, вона говорить: Ти мене не любиш, любиш тільки свого Сашка. Я починаю себе

ловити на тому, щоб відвернути незадоволення доньки — менше уваги приділяю синові. Проте з'явилися інші скарги: «Чому більший шматочок їжі ти поклала братові?», «Як завжди все краще братові». «Ти знову граєшся з ним, а хто буде гратися зі мною?». Як позбутися дитячих ревнощів? Проаналізуйте психологічний клімат у сім'ї. Запитання: 1. Що, на вашу думку, може провокувати виникнення та загострення дитячих ревнощів у сім'ї? 2. Які виховні настанови треба сформулювати мамі? Змодельуйте можливий діалог.

7. Оберіть одну людину із вашого оточення, яка належить до старшого шкільного віку і яку ви добре знаєте. Після встановлення позитивного контакту з дитиною запропонуйте їй дослідити власні психологічні якості. Для цього надайте наступну інструкцію для тестування: «Вигадай і намалюй неіснуючу тварину й назви її неіснуючим ім'ям. Опиши її спосіб життя — денний чи нічний, харчування та захист». Далі здійсніть тлумачення малюнку за показниками та проведіть бесіду з людиною, яку досліджували, використовуючи вже відомі вам результати проективного тестування.

8. Оберіть кілька людей (3-5) із вашого оточення, які належать до віку середньої зрілості і яких ви добре знаєте. Розпитайте в них про моменти в житті, коли вони впадали в стан депресію і як саме вийшли з цього стану. Попросить їх пригадати проблеми, інтереси, турботи, які стали причиною депресії. Які зміни відбулися у їх житті після депресії? Як депресія вплинула на здоров'я? Результати тезисно запишіть.

9. Розпитайте двох людей 20 і 40 років про ситуації, коли вони спілкувалися з людьми із порушеннями розвитку. З'ясуйте їх думку щодо таких особливих людей. Чи відрізняється думка і відношення до таких людей залежно від віку і чим? Результати коротко запишіть.

10. Розпитайте декількох людей, різного віку про їхні особливо важкі періоди в житті. З'ясуйте, як вплинули такі періоди на фізичне та психічне здоров'я людей. Зробіть висновки щодо того, як впливають такі життєві періоди на здоров'я людини.

11. Оберіть кілька людей (2-4) та проведіть з ним тест Роршаха. Проаналізувавши кінцеві результати тесту зробіть висновки та запишіть їх.

12. Оберіть кілька людей (3-5) із вашого оточення, які належать до віку середньої зрілості і яких ви добре знаєте. Розпитайте в них про основні їхні проблеми, інтереси, турботи. Попросить їх пригадати проблеми, інтереси, турботи, які були актуальні 10 років тому. Чи актуальні вони зараз? Які зміни відбулися у їх житті? Як плин років вплинув на їхнє бачення проблеми? Результати коротко відобразіть.

13. Запросіть троє дітей молодшого шкільного віку або середнього шкільного віку для тестування. Проведіть з ними тест Люшера. Визначте за допомогою інтерпретації тесту спрямованість випробуваного на певну діяльність, його настрій, функціональний стан, а також найбільш стійкі риси особистості. Проаналізуйте, як в майбутньому при повторному проведенні тесту можуть змінитися результати і чи можуть вони змінитися взагалі. Власну думку обґрунтуйте.

14. Проведіть опитування 10-15 осіб, у яких є родичі або знайомі з порушеннями розвитку. З'ясуйте як вони відносяться до цих людей, яку манеру спілкування обирають і загальне міжособистісне відношення між ними. Проаналізуйте отриману інформацію та зробіть висновки. Коротко законспектуйте результати опитування.

15. На прохання батьків соціальний педагог проводив корекційні справи з двома дев'ятирічними хлопчиками – Петриком і Миколкою, котрі вирізнялися невмотивованою поведінкою, агресивністю. Петрик був з багатодітної сім'ї, а Миколка єдиний син у благополучній родині. Батьки останнього часто приходили до соціального педагога, матеріально віддячували за виправлення поведінки сина. Це зумовило те, що фахівець більше уваги в роботі приділяв Миколі, часто просив викладачів допомогти йому.

16. Хвора 50 років, доставлена в міліцію після того, як 2 години тому смертельно поранила чоловіка ножом. Хворіє на гіпертонічну хворобу, вживала алкогольні напої. Розгублена, не пам'ятає, що трапилось, не вірить в те, що сталося. Дізнавшись про скоєне, дала реакцію глибокого відчаю. Визначте психічний розлад.

17. Пацієнт 23 років. З дитинства відрізнявся "важким" характером: дружив з асоціальними підлітками, під їх впливом з 11 років почав палити і приймати алкоголь. Крав в батьків гроші, брав участь у вуличних крадіжках, брехав, просив вибачення, обіцяв поводитися належним чином. Був байдужий до навчання. В даний час працює нічним сторожем. Всі гроші витрачає на алкоголь. Розлади яких сфер психіки переважають у даного пацієнта?

18. Хворий В. 45 років, за останні роки став безвідповідальний, не виконує своїх обіцянок, приводить додому малознайомих людей, не дає дружині грошей, б'є її, потім вибачається, обіцяє виправитися. Такі зміни особистості характерні для

19. Хлопець 20 років був затриманий міліцією у зв'язку з різким збудженням і безглуздою поведінкою. Втікав від уявних переслідувачів, кричав

і нападав на міліціонера. По дорозі в лікарню прийшов в себе. У приймальному відділенні відмічений запах алкоголю з рота. Правильно називає себе, не може пригадати нічого з події під час нападу. Як кваліфікувати даний психоз?

20. Чоловік 25 років, інженер, одружений. Схильний до зловживання алкоголем. Два тижні тому виникли дивні металеві "голоси" в голові. Заявив дружині, що він є об'єктом телепатичного впливу прибульців з космосу. Був тривожний, безуспішно намагався ослабити цей вплив прийомом алкоголю. Який найбільш вірогідний діагноз?

21. Чоловік 42 років, тривожний, не може заснути, схоплюється з ліжка, заявляє, що тільки що бачив тінь собаки, знов лягає спати, але незабаром встає і стверджує, що по ліжку стрибають горобці. Включає світло, не може знайти горобців. Потім побачив, що із стелі звішується павутина, намагався її зняти. На що вказує такий стан?

22. Хворий миттєво перемикається на побічні асоціації, відволікається, не завершує фрази, в куточках рота скупчилася піна від безперервної мови. Про який розлад це свідчить?

23. Пацієнт вважає, що за ним стежать, хочуть підшити ампулу в руку, для того щоб постійно контролювати, занурений у ці переживання, тривожний, внутрішньо напружений. Що у хворого?

24. Старенька без будь-яких підстав почала конфліктувати з сусідами. Заявляє, що сусіди крадуть сіль з сільниці. Спроби родичів переконати її в цьому виявилися безуспішними. Що у хворі?

25. «Коректурна проба»

Оберіть кілька людей (2-5) з вашого оточення . Дослідження необхідно проводити індивідуально. Починати потрібно, лише переконавшись, що у випробуваного є бажання виконувати завдання. При цьому у нього не повинно створюватися враження, що його екзаменують. Випробуваний повинен сидіти за столом в зручній для виконання даного завдання позі. Для проведення дослідження потрібно стандартний бланк тесту "Корректурная проба" і секундомір. На бланку у випадковому порядку надруковані деякі літери російського алфавіту, в тому числі літери "до" і "р"; всього 2000 знаків, по 50 букв в кожному рядку. Вік _____ стать _____ Дата _____

Показники	Результати
Кількість переглянутих літер за 10 хв.	

Кількість літер які були правильно викреслені	
Кількість літер , які необхідно було викреслити	
Точність виконання завдання %	
Оцінка точності, бал	
Оцінка продуктивності , бал	
Оцінка сконцентрованості уваги	

Діагностуйте в якому стані знаходиться концентрація уваги, стійкість уваги, переключення уваги. Дані занесіть до таблиці.

26. «Десять слів»

Підготуйте набір односкладових або двоскладових слів, не пов'язаних між собою за змістом. Оберіть дитину з якою хочете провести тест. . На початку скажіть: «Зараз я хочу перевірити, як ти вмієш запам'ятовувати слова. Я буду говорити слова, а ти слухай уважно і постарайся їх запам'ятати. Коли закінчу, повториш стільки слів, скільки запам'ятаєш в будь-якому порядку».

Всього проводиться 5 пред'явлень слів, тобто після першого перерахування і повтору дитиною запам'ятованих слів. Які відмінності відбулися між першим і останнім разом? Оформіть результати.

27. «Тест Люшера»

Оберіть дитину з якою хочете провести методику. Тест - набір карточок різного кольору (зазвичай використовується 8 кольоровий). Запропонуйте розмістити їх в міру зниження симпатії до кольору - на перше місце "найприємніший" на момент обстеження колір, на останнє - "неприємний". Дослідження повторюється двічі. За кожним кольором закріплені відповідні параметри, що характеризують індивідуально-психологічні особливості людини. Оцініть динаміку стресу та емоційного порушення . Що ви виявили при провденні цього тесу? Оформіть результати .

28. Створити 10 фраз, які можуть висловлювати компетентні та не компетентні психологи-практики.

29. Намалювати й описати образ клієнта, якого б студенти боялись чи не хотіли бачити на консультації.

30. Створення ситуацій консультування. В них ведеться обговорення деяких загальних чи особистісних питань. Спілкування відбувається в парах на протязі 5-10хв. Один розповідає - інший слухає. Створення переліку дій слухача, що заважають розповідачу розкриватись в розмові.

31.Робота в групах. Емпатія в практиці психолога (розуміння стану, в якому перебуває клієнт, щире співпереживання з проникненням у його світ, ідентифікація з ним в позиції «я з Вами». Здатність побачити оточуючий світ

очима клієнта). Створення групою переліку висловлювань психолога-практика, що демонструють прояв емпатії до клієнта.

ДИДАКТИЧНІ ТЕСТИ

1. Галуззю якої науки є патопсихологія:

- а) психіатрії;
- б) психології;
- в) медицини.

2. На вивчення чого спрямована патопсихологія?

- а) на вивчення закономірностей розвитку та структури психіки в нормі;
- б) на вивчення причин психічної хвороби;
- в) на дослідження синдромів та симптомів характерних для того чи іншого захворювання;

3. Визначіть завдання патопсихології:

- а) дослідження індивідуального стилю життя;
- б) дослідження динаміки психічних порушень;
- в) участь в психокорекції і психотерапії.

4. Патопсихологія вивчає:

- а) синдроми і симптоми, типові для того чи іншого захворювання;
- б) раціональні методи профілактики психічних хвороб;
- в) закономірності розпаду психічної діяльності у співставленні з нормою.

5. Що з нижче перерахованого не є розділом патопсихології?

- а) патопсихологія вищої нервової діяльності;
- б) судова патопсихологія;
- в) психіатрична судова експертиза.

6. Визначіть вчених, які сформулювали основні вимоги до методик у патопсихологічних дослідженнях:

- а) В. М. Бехтерєв, С. Д. Владиченко;
- б) В. М. Бехтерєв, І. М. Сеченов;
- в) В. М. Бехтерєв, Л. С. Павловська.

7. Який експеримент розробив А. Лазурський?

- а) природний;
- б) лабораторний;
- в) факторний.

8. Завданням психологічного експерименту в патопсихологічному дослідженні є:

- а) дослідження психічних порушень як спадкових факторів;
- б) дослідження психічних процесів як порушень діяльності;
- в) дослідження психічних порушень як розладу психіки в цілому.

9. Яка з історичних епох характеризується поверненням демонології у лікуванні душевнохворих:

- а) античність;
- б) Ренесанс;
- в) Середньовіччя;
- г) XIX ст.

10. У яку історичну епоху було створено перші притулки для душевнохворих:

- а) античність;
- б) Ренесанс;
- в) Середньовіччя;
- г) XIX ст.?

11. Віковими психологічними кризами називають:

- а) періоди онтогенезу, що характеризуються різкими змінами зовнішності;
- б) періоди онтогенезу, що характеризуються різкими психологічними змінами;
- в) періоди різкої зміни ставлення до батьків;
- г) періоди онтогенезу, які характеризуються різкими психоендокринними змінами.

12. Відсутність «комплексу пожвавлення» вважається характерною ознакою:

- а) синдрому раннього дитячого аутизму;
- б) підліткової шизофренії;
- в) шизофренії у пізньому віці;
- г) дитячих страхів.

13. Методика спостереження за поведінкою, у якій лікарі-клініцисти і дослідники спостерігають людей у їх повсякденній обстановці, має назву:

- а) природне спостереження;
- б) формалізоване спостереження;
- в) самоспостереження.

14. Вид психічного розладу, за якого хворий не може правильно оцінювати себе, навколишню обстановку, ставлення інших людей до себе, має назву:

- а) психоз;
- б) невроз;
- в) епілепсія;
- г) психопатія.

15. Стан стійкої психічної дисгармонії особистості, який виникає на основі неповноцінності, недостатності характеру і формується, як правило, з юного віку, має назву:

- а) психоз;
- б) невроз;
- в) епілепсія;
- г) психопатія.

16. Психічне захворювання, яке виникає в життєвій ситуації, що різко змінилась як важка реакція особистості на цю ситуацію, має назву:

- а) психоз;
- б) невроз;
- в) епілепсія;
- г) шизофренія.

17. Хронічне психічне захворювання, основною характеристикою якого є судорожні припадки, має назву:

- а) аутизм;
- б) епілепсія;
- в) маніакально-депресивний психоз;
- г) шизофренія.

18. Психічне захворювання, основними проявами якого є напади з вираженими афективними розладами, по завершенні яких повністю відновлюється психічний стан хворого, властивий йому до нападу, має назву:

- а) аутизм;
- б) маніакально-депресивний психоз;
- в) шизофренія.

19. Якої класичної форми неврозів стосується така характеристика:

- а) неврастенія;
- б) істерія;
- в) невроз нав'язливих станів.

20. За якого виду порушення свідомості підвищується поріг для усіх зовнішніх подразників, ускладнюється утворення асоціацій:

- а) приглушеного стану свідомості;
- б) деліріозного затьмарення свідомості;
- в) онейроїдного стану свідомості;
- г) сутінкового стану свідомості.

21. Який вид порушення свідомості характеризується сумішню відображення реального світу і яскравих уявлень фантастичного характеру, що спливають у свідомості:

- а) приглушений стан свідомості;
- б) деліріозне затьмарення свідомості;
- в) онейроїдний стан свідомості;
- г) сутінковий стан свідомості.

22. До способів психологічної допомоги відносять усі нижче наведені, за винятком:

- а) психологічного консультування;
- б) психологічної корекції;
- в) психотерапії;
- г) правильної відповіді немає.

23. Спосіб психологічної допомоги, при якому відбувається формування «особистісної позиції», називається:

- а) психологічним консультуванням;
- б) психокорекцією;
- в) психологічним захистом;
- г) психотерапією.

24. У межах психологічної корекції відбувається формування:

- а) особистісної позиції;
- б) навичок адаптивної поведінки;
- в) неврозостійкості.

25. Інформування клієнта є істотним методом психологічної допомоги при:

- а) психологічному консультуванні;
- б) психологічній корекції;
- в) психотерапії.

26. Найскладнішим видом психологічної допомоги, за якого відбуваються глибокі особистісні зміни, є:

- а) консультування;
- б) корекція;
- в) психотерапія.

27. Пригнічений стан, який характеризується тугою, спадом сил, дуже низькою самооцінкою, почуттям провини, — це:

- а) депресія;
- б) манія;
- в) афективний розлад.

28. Яку назву має психічний розлад особистості, що характеризується недовірою і підозрілим ставленням до інших людей:

- а) параноїдний розлад особистості;
- б) шизоїдний розлад особистості;
- в) шизотипний розлад особистості?

29. Яку назву має розлад особистості, що характеризується систематичним ігноруванням та порушенням прав інших людей:

- а) антисоціальний розлад особистості;
- б) пограничний розлад особистості;
- в) істеричний розлад особистості?

30. Виділяють усі нижче наведені порушення взаємодії індивіда з реальністю, за винятком:

- а) пристосування;
- б) протистояння;
- в) хворобливе пристосування;
- г) втеча.

31. Ігрова діяльність, під час якої на тривалий період дитина здатна «перевтілитись» у тварину, видуманий образ чи неживий предмет, називається:

- а) фантазуванням;
- б) патологічним фантазуванням;
- в) уявленням;
- г) галюцинозом.

32. До способів психологічної допомоги відносять усі нижче наведені, за винятком:

- а) психологічного консультування;
- б) психологічної корекції;
- в) психотерапії;
- г) правильної відповіді немає.

33. Тест, у якому досліджуваний повинен інтерпретувати не чіткі стимульні матеріали чи реагувати на них, має назву:

- а) проєктивний;
- б) особистісний;
- в) психофізіологічний.

34. Хибні сприймання, за яких людина бачить образи, предмети, яких немає, чує звуки, яких немає, відчуває запахи, яких у дійсності немає, мають назву:

- а) ілюзії;

- б) галюцинації;
- в) агнозії;
- г) псевдогалюцинації.

35. При якому виді патології мислення у хворих домінують безпосередні уявлення про предмети і явища, оперування загальними ознаками замінюється встановленням конкретних зв'язків між ними:

- а) зниженні рівня узагальнення;
- б) викривленні процесу узагальнення;
- в) порушенні динаміки мислення;
- г) порушенні мотиваційного компоненту мислення.

36. Порушення мислення, яке полягає в «напливі думок», «вихрі ідей», збільшенні кількості асоціацій за одиницю часу, що супроводжуються зміною мовлення хворого, виникає нападopodobно і мимовільно, має назву:

- а) прискорення мислення;
- б) «стрибки ідей»;
- в) сповільнення мислення;
- г) ментизм.

37. Дослідження процесу мислення, особливостей мови, вивчення інтелекту та емоцій, входять в процес:

- а) психокорекції;
- б) психологічного дослідження;
- в) консультування.

38. Метод незакінчених пропозицій використовується для:

- а) проведення спостереження;
- б) дослідження рівня домагань;
- в) загального дослідження особистості.

39. Умовно методи дослідження особистості можна розподілити на:

- а) дві групи;
- б) три групи;
- в) чотири групи.

40. Хронічне, тяжіюче до поступового погіршення стану нервово-психічне захворювання, що характеризується судомними розладами та специфічними психічними відхиленнями, це:

- а) аутизм;
- б) шизофренія;
- в) епілепсія.

41. Що із перерахованого не входить до предмету психологічного консультування?

- а) стреси;
- б) вікові кризи;
- в) наркоманія;
- г) шизофренія.

42. Психологічне консультування виокремилося із...

- а) вікової психології;
- б) психотерапії;
- в) диференційної психології;
- г) психогенетики.

43. Оберіть найбільш точне визначення психологічного консультування із перерахованих:

а) Консультування — це сукупність процедур, спрямованих на допомогу людині у вирішенні проблем та прийнятті рішень стосовно професійної кар'єри, шлюбу, сім'ї, удосконалення особистості та міжособистісних відносин;

б) Консультування — це професійне ставлення кваліфікованого консультанта до клієнта, яке зазвичай представляється як “особистість — особистість”;

в) Консультування — одна з форм надання людині професійної психологічної допомоги, яка виступає у сукупності із психотерапією та активним соціально-психологічним навчанням;

г) Консультування може розглядатися як різновид відносин допомоги (апатичне розуміння, поважливе ставлення до потенційної можливості клієнта самому будувати своє життя, конгруентність, справжність відносин тощо), як репертуар можливих впливів (психоаналітичний вплив, раціонально-емотивний вплив, гештальт-техніки тощо), як психологічний процес.

44. Що із перерахованого не можна вважати метою психологічного консультування?

- а) сприяння розвитку особистості;
- б) навчання новій поведінці;
- в) допомога у виборі оптимального способу дії у критичній ситуації;
- г) формування маніпулятивної поведінки.

45. Консультант прагне актуалізації та базування перш за все ...

- а) емоцій клієнта;
- б) емпатії клієнта;
- в) волі клієнта;

г) відповідальності клієнта.

46. Що може стати оптимальною теоретичною установкою консультанта у роботі з клієнтом?

- а) строге та послідовне дотримання єдиної теоретичної основи;
- б) створення власної теорії роботи з кожним клієнтом;
- в) жодного базування на теорію, дотримання лише інтуїції;
- г) відмова від теорії під час виконання практичних завдань.

47. Чому консультантам рекомендується коротко інформувати клієнта про те, що таке психологічне консультування?

- а) тому, що зазвичай клієнти слабо знають, з якими проблемами можна звертатися до консультанта і чого можна та не треба від нього очікувати;
- б) тому, що це страхує психолога юридично від домагань та звинувачень клієнта у випадку невдалого консультування;
- в) тому, що так легше за все зав'язати розмову з клієнтом;
- г) тому, що це зміцнює самооцінку та робочий настрій консультанта.

48. Оберіть правильну установку консультанта:

- а) у більшості людей одного віку чи соціального походження — схожі психологічні проблеми;
- б) у консультуванні майже всі ситуації є типовими;
- в) клієнт — найкращий експерт власних проблем;
- г) консультант може допомогти будь-якому клієнту.

49. Психологічне консультування це:

- а) інтуїтивна діяльність;
- б) психологічна технологія;
- в) психологічна терапія;
- г) сфера психологічної практики.

50. Психологічне консультування не вирішує:

- а) етичні питання клієнта;
- б) трудові суперечки;
- в) психологічні проблеми клієнта;
- г) внутрішньо особистісні задачі людини.

51. Оберіть неправильні твердження із запропонованих:

- а) консультування допомагає навчатися новій поведінці;
- б) консультування зберігає та зміцнює наявні форми поведінки;
- в) консультування сприяє розвитку особистості;
- г) консультування допомагає людині обирати та діяти за власним розсудом.

52. У консультуванні акцентується:

- а) незалежність клієнта;
- б) спонтанність клієнта;
- в) відповідальність клієнта;
- г) асертивність клієнта.

53. На першій стадії консультування, зазвичай здійснюється:

- а) розпитування клієнта;
- б) знайомство з клієнтом;
- в) корекція;
- г) вибір альтернатив.

54. Ефективне консультування — це процес, який виконується:

- а) разом з клієнтом;
- б) замість клієнта;
- в) самим клієнтом;
- г) близькими клієнта.

55. Яке з висловлювань психолога (на першому етапі інтерв'ю) є некваліфікованим

- а) Ми разом з Вами спробуємо побачити цю ситуацію «іншими очима».
- б) Думаю, що з цією задачею ефективно справиться мій колега.
- в) Я допоможу Вам вирішити Вашу проблему.
- г) Я Вас слухаю.

56. Матеріал, отриманий психологом в процесі роботи з клієнтом, не підлягає свідомому чи випадковому розголошенню і повинен бути представленим так, щоб він не міг скомпрометувати ні психолога, ні замовника. Це є:

- а) принцип компетентності;
- б) принцип безсторонності психолога;
- в) принцип толерантності;
- г) принцип конфіденційності.

57. Психолого-педагогічне консультування батьків дітей молодшого шкільного віку не передбачає:

- а) врахування нормативних психічних новоутворень;
- б) аналіз специфіки взаємин з однокласниками;
- в) аналіз включення дитини у процес учіння;
- г) діагностування розумових здібностей школярів.

58. Причинами шкільної неуспішності і дезадаптації не є :

- а) тип нервової системи дитини;
- б) недоліки у підготовці дитини до школи;
- в) відставання в інтелектуальному розвитку;

г) соматична ослабленість дитини.

59. Найважливіша реакція при підвищеному рівні тривожності:

- а) використання техніки «талісману»;
- б) застосування гри з водою;
- в) забезпечення дитині відчуття своєї успішності;
- г) чітке планування дня.

60. При зниженому настрої дитини, субдепресії, в якості психокорекційних заходів рекомендують:

- а) залучати дитину до різних домашніх справ;
- б) дотримуватись чіткого розпорядку дня;
- в) застосовувати арт-терапевтичні техніки – «казкотерапія», «збагачення малюнка»;
- г) застосовувати арт-терапевтичну техніку «Знищення страху».

61. Зміст психологічної допомоги полягає:

- а) У забезпеченні емоційної, смислової та екзистенційної підтримки людини або суспільства в ситуаціях ускладнення, які виникають у ході їх особистісного та соціального буття.
- б) Детального розмежування сфер діяльності психолога і психотерапевта.
- в) У забезпеченні глибокого вивчення основних проблем дезадаптації та істигнації людини в суспільстві.
- г) Детального теоретичного та практичного аналізу та пропрацювання психологічних проблем особистості.

62. Перший етап роботи з депресією:

- а) допомога в оволодінні філософією прийняття замість філософії вимоги;
- б) стійке й по можливості радісне прийняття існуючих важких обставин, які неможливо змінити, такими, які вони є;
- в) з'ясування змісту даних важких обставин;
- г) надання людині можливості в безпечній ситуації пережити те почуття, від зустрічі з яким її захищає депресія.

63. Фобія — це:

- а) страх, що має реальну причину;
- б) страх чого-небудь;
- в) страх без причини;
- г) харчовий розлад.

64. Визначте, у якому випадку варто сприймати серйозно загрозу здійснення самогубства:

- а) коли про це говорить людина похилого віку;
- б) коли людині від 15 до 24 років;
- в) коли існує конкретний план самогубства;
- г) завжди.

65. Назвіть, у яку пору року люди, які страждають на сезонні афективні розлади, найчастіше переживають стан депресії:

- а) зима;
- б) весна;
- в) літо;
- г) осінь.

66. Основне завдання консультанта полягає в тому, щоб:

- а) допомогти клієнтові у вирішенні особистих проблем;
- б) клієнтові зрозуміти, ким він хоче стати;
- в) допомогти клієнтові у виявленні своїх внутрішніх резервів і в усуненні факторів, що заважають їхньому використанню;
- г) допомогти клієнтові у оптимізації міжособистісних стосунків.

67. Основні аспекти роботи консультанта:

- а) уміння розуміти;
- б) співпереживати;
- в) підтримувати і аналізувати почуття клієнта;
- г) мовчати і уважно слухати.

68. Психологічне консультування - ...

- а) наука про практичне використання психотехнік надання психологічної допомоги
- б) процес впливу консультанта на клієнта з метою вирішення виниклої проблеми
- в) спеціально організований процес спілкування, завдяки якому в людини яка звернулася за допомогою можуть бути актуалізовані додаткові психологічні сили
- г) метод психокорекції особистісних особливостей людини, що зазнає життєві труднощі.

69. Виділяють такі види психологічного консультування :

- а) інтимно-особистісне консультування, сімейне консультування;
- б) психолого-педагогічне, психолого-управлінське консультування;
- в) ділове консультування;
- г) усі відповіді вірні.

70. Батьки дошкільників зазвичай скаржаться на:

- а) погану успішність дитини;

- б) недостатню довільність поведінки дитини;
- в) низьку самооцінку дитини;
- г) відсутність виражених здібностей.

71. Консультування - це...

- а) подолання чи послаблення порушень від психічного розвитку;
- б) соціально організований процес спілкування соціального працівника

з

клієнтом, за допомогою якого у клієнта можуть бути актуалізовані додаткові психічні сили і здібності заради пошуку нових можливостей виходу із тяжких життєвих ситуацій;

- в) надання людині правильних відповідей;
- г) засоби, механізми та процеси, що описують трансформацію

культури, її

зміни у процесі і часі.

72. У соціально-педагогічному консультуванні виділяють**етапів:**

- а) 4;
- б) 5;
- в) 6;
- г) 7.

73. Заключним етапом у соціально-педагогічному консультуванні є:

- а) Надання рекомендацій;
- б) Оцінка результатів;
- в) Домовленість про наступну зустріч;
- г) Укріплення мотивації на виникнення прийнятого рішення.

74. За способом взаємодії соціально-педагогічне консультування поділяють:

- а) Безпосереднє;
- б) Телефонне;
- в) Опосередковане;
- г) Усі відповіді вірні.

75. Бесіда, консультація, інформування, консультація по телефону «Довіри», листування -

- а) вид індивідуальної форми роботи з сім'єю;
- б) вид масової роботи з сім'єю;
- в) соціальне обслуговування сім'ї;
- г) всі відповіді правильні.

76. До заборонених прийомів консультування належать:

- а) Висловлювання-рішення, висловлювання-заперечення;
- б) Висловлювання-рішення, висловлювання-заперечення, висловлювання, які занижують самооцінку;

в) Висловлювання-заперечення, висловлювання-думка;

г) Висловлювання, які занижують самооцінку.

77. Консультація окремої особистості, сім'ї або групи з проблем їх соціального функціонування це:

а) програмне консультування;

б) індивідуальне консультування;

в) конкретне консультування;

г) групове консультування.

78. Форми консультування є:

а) за кількістю учасників; за місцем проведення; за способом взаємодії;

б) індивідуальні; групові; конкретні;

в) програмні; конкретні; загальні;

г) усі відповіді неправильні.

79. Консультація – це

а) порада, пояснення спеціаліста з будь-якого питання.

б) процес, коли консультант і спеціаліст ведуть розмову стосовно проблеми клієнта.

в) процес, коли клієнт розповідає консультанту суть своєї проблеми.

г) всі відповіді правильні.

80. Конфіденційність – це

а) повага до тайни клієнта, не розповсюдження її.

б) анонімність працівника.

в) не ведення записів соціального працівника стосовно його клієнта.

г) всі відповіді правильні.

81. Психологічне консультування це:

а) інтуїтивна діяльність;

б) психологічна технологія;

в) психологічна терапія;

г) сфера психологічної практики.

82. Психологічне консультування не вирішує:

а) етичні питання клієнта;

б) трудові суперечки;

в) психологічні проблеми клієнта;

г) внутрішньо особистісні задачі людини.

83. Видами психологічної допомоги є:

- а) психотерапія;
- б) психокорекція;
- в) профорієнтація;
- г) всі відповіді правильні.

84. Назвіть спільне поняття, що об'єднує наступні положення:

- а) надання психологічної інформації;
- б) активізація психічних ресурсів клієнта;
- в) професійні підтримка і порада;
- г) вироблення адекватних форм поведінки в різних життєвих ситуаціях та ін.

85. У якому зарубіжному напрямку метою психокорекції є допомога клієнту у виявленні неусвідомлюваних причин переживань і хворобливих проявів?

- а) аналітична індивідуальна психокорекція А. Адлера;
- б) класичний психоаналіз З. Фрейда;
- в) клієнт-центрований підхід К. Роджерса;
- г) йоготерапія

86. Чим є «трансфер» у психоаналізі?

- а) психологічним захисним механізмом;
- б) опором;
- в) складовою структури особистості;
- г) технікою.

87. Поширена у ранніх суспільствах практика лікування психічної патології шляхом дій, спрямованих на те, щоб змусити злих духів залишити тіло людини, має назву:

- а) терапія;
- б) трепанація;
- с) екзорцизм;
- д) демонологія.

88. Представники якої моделі патології вважають психічну патологію хворобою, спричиненою аномальним функціонуванням головного мозку:

- а) біологічної;
- б) психодинамічної;
- с) поведінкової;
- д) когнітивної

89. Терапевтичний підхід, розроблений А. Беком, який допомагає людям розпізнати і змінити свої помилкові мислительні про цеси, має назву:

- a) клієнт-центрована терапія;
- b) гештальт-терапія;
- c) психоаналіз;
- d) когнітивна терапія.

90. Прихильники якої моделі патології вважають, що аномальна поведінка зумовлена головним чином нашим раннім життєвим досвідом:

- a) біологічної;
- b) психодинамічної;
- c) поведінкової;
- d) когнітивної.

**КОНТРОЛЬНІ ПИТАННЯ
З ДИСЦИПЛІНИ «ПАТОПСИХОЛОГІЯ ТА ПСИХОЛГІЧНЕ
КОНСУЛЬТУВАННЯ»**

1. Патопсихологія як галузь психологічної науки: її предмет, задачі, актуальні проблеми.
2. Історія розвитку поглядів на психічну патологію та її лікування. Історія розвитку патопсихології.
3. Методи дослідження в патопсихології, їх класифікація, особливості застосування.
4. Взаємозв'язок патопсихології з іншими науками та галузями психологічної науки.
5. Принципи побудови патопсихологічного дослідження. Етапи патопсихологічного дослідження.
6. Патопсихологічна характеристика психічних пізнавальних процесів: розлади відчуттів.
7. Патопсихологічна характеристика психічних пізнавальних процесів: розлади сприймання.
8. Патопсихологічна характеристика психічних пізнавальних процесів: розлади уваги.
9. Патопсихологічна характеристика психічних пізнавальних процесів: розлади пам'яті.
10. Патопсихологічна характеристика психічних пізнавальних процесів: розлади мислення.
11. Патопсихологічна характеристика психічних пізнавальних процесів: порушення мовлення.
12. Розлади інтелекту.
13. Порушення емоційної сфери.
14. Порушення волі.
15. Патологія характеру.
16. Неврози. Види неврозів.
17. Психози. Види психозів.
18. Неврастенія. Особливості неврастенії.
19. Невропатія. Особливості невропатії.
20. Епілепсія. Особливості протікання хвороби.
21. Розлади психічної діяльності: аутизм. Види аутичних розладів.
22. Психопатія. Види психопатій.
23. Патопсихологічний розвиток як фактор девіантної поведінки. Типи девіантної поведінки. Форми вияву девіантної поведінки.

24. Адитивна поведінка. Деліквентна поведінка.
25. Патопсихологічні розлади свідомості.
26. Патопсихологічні розлади особистості.
27. Порушення опосередкованості ієрархії мотивів особистості. Порушення структури ієрархії мотивів.
28. Порушення смислоутворення.
29. Порушення саморегуляції і опосередкування.
30. Принципи побудови патопсихологічного обстеження дітей та роль даних про порушення в розвитку дитини
31. Методи дослідження порушень психічних процесів, станів та особистісного розвитку дітей.
32. Патопсихологічне обстеження дітей дошкільного віку.
33. Патопсихологічне обстеження дітей молодшого шкільного віку.
34. Порушення мовлення у дітей.
35. Аутичні розлади у дітей.
36. Прояви неврозу у дітей.
37. Прояви психозу у дітей.
38. Психологічне консультування як напрям практичної психології. Мета та завдання психологічного консультування.
39. Специфіка психологічного консультування. Історія розвитку психологічного консультування.
40. Сфери психологічного консультування: психологічне консультування з проблем освіти, психологічне консультування з проблем управління, психологічне консультування з проблем ринку та підприємництва.
41. Принципи психологічного консультування.
42. Умови проведення психологічного консультування.
43. Види психологічного консультування: інтимно-особистісне.
44. Види психологічного консультування: сімейне консультування
45. Види психологічного консультування: психолого-педагогічне.
46. Види психологічного консультування: ділове.
47. Види психологічного консультування за тривалістю.
48. Інтерв'ю як основний метод психологічного консультування. Етапи інтерв'ю.
49. Техніки психологічного консультування.
50. Особистість психолога-консультанта як засіб впливу на клієнта.
51. Проблеми психологічного консультування дітей дошкільного віку та їх батьків.

52. Проблеми психологічного консультування дітей молодшого шкільного віку та їх батьків.
53. Поняття про тривожність (нормальну та патологічну) в психології, рівні прояву тривожності. Способи «маскування» тривожності під час консультування. Механізми психологічного захисту як засіб позбавлення від тривожності.
54. Специфіка роботи консультанта з тривожними та фобічними клієнтами.
55. Поняття про депресію. Основні симптоми при депресивних розладах. Психосоматичні розлади при депресіях. Особливості консультування депресивного клієнта.
56. Суїцид. Особливості консультування при суїцидних намірах. Правила консультування клієнтів, які мають здійснити самогубство.
57. Особливості консультування клієнтів, які переживають провину.
58. Специфіка консультування дітей дошкільного та молодшого шкільного віку при переживанні втрати.
59. Психологічне консультування з проблем шкільної адаптації та успішності.
60. Психологічне консультування з проблем профілактики дитячої злочинності, наркоманії та алкоголізму.

ТЕЗАУРУС

Адитивна поведінка – одна з форм девіантної поведінки з формуванням прагнення до втечі від реальності шляхом штучної заміни свого психічного стану через вживання деяких речовин чи постійну фіксацію уваги на певних видах діяльності, що спрямоване на розвиток і підтримання інтенсивних емоцій.

Алалія – вид розладу мовлення, що характеризується відсутністю і вродженою недорозвиненістю аспектів мовлення, в якому є локальне ураження мовленнєвих аналізаторів.

Алексія – повна відсутність здібності до читання.

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

Аутодеструктивна поведінка – різновид патохарактерологічного та психопатологічного типу девіантної поведінки, система вчинків людини, спрямована не на розвиток і особистісне зростання, і не на гармонійну взаємодію з реальністю, а на деструкцію особистості.

Афазія – локальний розпад мовлення через ураження мовленнєвих та інших зон кори півкуль великого мозку, причетних до формування та регуляції мовленнєвої функції, що характеризується повною або частковою втратою мовлення.

Акцентуація характеру - надмірне посилення і вираженість окремих рис характеру або їх поєднань, яке проявляється у вибіркового ставленні особистості до психологічних впливів певного роду при хорошою або навіть підвищеною стійкістю до інших.

Аутизм— розлад розвитку нервової системи, що характеризується порушенням соціальної взаємодії, вербальної й невербальної комунікації, і повторюваною поведінкою, існують складнощі у взаємодії із зовнішнім світом, з цього приводу виникають порушення в соціалізації.

Анамнез (грец. *anamnesko* — пригадувати) — сукупність відомостей про пацієнта і розвиток захворювання, що отримують при опитуванні самого хворого й осіб, які його знають, та використовують для встановлення діагнозу і прогнозу хвороби, а також вибору оптимальних методів лікування і профілактики.

Витиснення – процес мимовільного усунення в несвідоме неприйнятних думок, спонукань або почуттів.

Галюцинації – сприймання, що виникає без наявності реального об'єкта і супроводжується переконаністю в тому, що даний об'єкт і в даному місці дійсно існує: це найбільш яскраві порушення процесу сприймання, які істотно

змінюють поведінку людини можуть бути хворобливими спонуканнями до дій.

Групове консультування – це консультування, що проводиться з метою згуртування військових (трудових) колективів, зниження в них загальної психологічної напруженості, поліпшення міжособистісних відносин, оптимізації морально-психологічного клімату, підвищення групової згуртованості, поліпшення стилю керівництва, усунення небажаних емоційних станів або їх наслідків, підвищення ефективності виконання навчально-бойових завдань.

Девіантна поведінка – система вчинків чи окремі вчинки, які суперечать прийнятним у суспільстві нормативам і проявляються у вигляді незбалансованості психічних процесів, не адаптивності, порушенні процесу само актуалізації, у вигляді ухиляння від морального і естетичного контролю за власною поведінкою.

Деліквентна поведінка – девіантна поведінка, яка у крайніх своїх проявах є діями, що тягнуть за собою кримінальне покарання.

Деліріозне затьмарення свідомості – розлад свідомості, при якому порушене орієнтування в оточуючому внаслідок напливів яскравих уявлень, уривків спогадів, що безперервно виникають, виникає не просто дезорієнтація, а хибна орієнтація у часі і просторі.

Деменції – порушення пам'яті, спричинені фізіологічними причинами, що впливають і на пам'ять і на інші когнітивні функції, наприклад, абстрактне мислення чи мовлення.

Деперсоналізація – викривлене сприймання власної особистості вцілому, окремих якостей, а також частин тіла.

Дисграфія – специфічні розлади письма, що проявляються у труднощах співвіднесення звуків мовлення з їх графічним зображенням, просторового розташування літер.

Дислексія – труднощі у засвоєнні навички читання, які полягають в тому, що дитина не може правильно співвіднести літеру і звук і тому не може читати текст.

Делірій - стан потьмарення свідомості, при якому порушена орієнтування в навколишньому; однак вона полягає не в ослабленні, а в напливах яскравих уявлень, що безперервно виникають, обривків спогадів.

Депресивний синдром - характеризується тріадою взаємопов'язаних симптомів: знижений настрій, уповільнення асоціативного процесу і рухова загальмованість.

Дезадаптація - порушення пристосування організму та психіки людини до змін навколишнього середовища, що виявляється в неадекватних психічних, фізіологічних реакціях.

Депресія - це хворобливий стан пригніченості, безвиході, коли людина почуває себе глибоко нещасною і цілковито нездатною відчувати задоволення, такою, що втратила мету та зміст життя.

Епілепсія - захворювання, що характеризується періодичними нападами судом, що супроводжується різними психічними порушеннями, у тому числі - втратою свідомості.

Заперечення – це механізм відкидання думок, почуттів, бажань, потреб або реальності, які неприйнятні на свідомому рівні, примітивний механізм заперечення характерний для дітей, а дорослі часто використовують заперечення у випадках кризових ситуацій.

Зсув – це механізм направлення емоцій від одного об'єкта до більш прийнятної заміни, часто проявляється при реакціях фобій.

Загальний недорозвиток мовлення – вид розладу мовлення, що зумовлюється порушеннями дозрівання мозкових систем.

Затримка мовленнєвого розвитку – вид розладу мовлення, що характеризується загальмуванням темпу формування в основному експресивного мовлення.

Затримка психічного розвитку – вид порушення інтелекту, основними ознаками якого є збереженість власне інтелекту, розвиток психічних функцій на вік менше, тимчасовий стан; при цьому у дітей переважно мало знань, умінь, вузький світогляд тощо.

Інтерв'ю - це метод психологічного консультування, воно є ситуацією прийняття психологом професійних рішень стосовно проблеми клієнта.

Компенсація – це несвідома спроба подолання реальних і уявних недоліків.

Консультант-психолог - фахівець з вивчення поведінки і душевного стану людини, надання допомоги у вирішенні особистих і побутових проблем емоційного характеру.

Маячення – ідеї, судження, які не відповідають дійсності, помилково обґрунтовані, виникають на хворобливій основі і не піддаються корекції.

Маніакальний синдром - проявляється в симптомах: патологічно підвищений настрій (ейфорія), прискорення асоціативного процесу і рухова розгальмованість; все навколишнє, в тому числі і негативні моменти, сприймаються як би через рожеві окуляри.

Мнемонічні здібності людини — здатність до успішного запам'ятовування, оптимального збереження та вчасного необхідного відтворення засвоєного досвіду.

Надцінні ідеї – ідеї, що виникають у зв'язку з реальною ситуацією, але надалі стають домінуючими у свідомості людини, супроводжуються значним емоційним напруженням і відсутністю критичного ставлення до них.

Неврастенія — психічний розлад з групи неврозів, серед проявів якого підвищена подразливість, стомлюваність, втрата здатності до тривалого розумового й фізичного зусилля

Неврб́з— група захворювань, в основі яких лежать тимчасові зворотні порушення психіки функціонального характеру, зумовлені перевантаженням основних нервових процесів — збудження та гальмування.

Онейроїдний (сновидний) стан свідомості – розлад свідомості, що характеризується дивовижною сумішшю відображення реального світу і фантастичних яскравих уявлень, які рясно виринають у свідомості.

Онейроїд - це потьмарення свідомості з впливом мимоволі настають фантастичних уявлень. Подібні переживання хворих завжди мають внутрішню проекцію, відзначається переважання псевдогаллюцинаторних явищ, незвичайно яскравих і незвичайних.

Оглушення свідомості - порушення свідомості, характеризуються підвищенням порога чутливості для всіх зовнішніх подразників; сприйняття і переробка інформації утруднені, хворі байдужі до навколишнього, зазвичай нерухомі.

Патопсихологія - галузь психологічної науки, яка вивчає особливості психічної діяльності при психічних чи соматичних захворюваннях.

Патохарактерологічний тип девіантної поведінки – поведінка, зумовлена патологічними змінами характеру, які сформувались у процесі виховання.

Приглушений стан свідомості – розлад свідомості, що трапляється за гострих порушень ЦНС, інфекційних захворювань, отруєнь, черепно-мозкових травм та характеризується різким підвищенням порогу для усіх зовнішніх подразників, утрудненням утворення асоціацій.

Психоб́з— психіатричний термін, яким позначають ненормальний психічний стан, що має стосунок або до епізоду, або до психічного розладу, що найчастіше проявляється маяченням, галюцинаціями, руховими розладами у вигляді ступору чи збудження, афективними порушеннями (тобто порушенням настрою) у вигляді депресії чи маніакального стану.

Психокорекція - метод комплексного психологічного впливу на мету, мотиви та структуру поведінки суб'єкта, а також на розвиток певних психічних функцій: пам'яті, уваги, мислення.

Психологічне дослідження - комплекс заходів, спрямованих на визначення наявності та ступеня виразності індивідуально-психологічних якостей кандидата.

Порушення свідомості - розлади свідомості, що призводять до порушення адекватного відображення об'єктивної реальності.

Психологічне консультування — сфера практичної професійної діяльності психолога, пов'язана з наданням допомоги потребуючим її людям у вигляді порад, рекомендацій щодо вирішення життєвих психологічних проблем.

Психотерапія - це використання методів психологічного впливу для лікування хворого, для поліпшення почуття психологічного благополуччя клієнта.

Порушення психічного розвитку – це загальне поняття, яке включає як розумову відсталість, так і комплексні порушення, включаючи аутизм.

Психопатія - аномалія характеру людини, зазвичай обумовлена вродженою неповноцінністю нервової системи.

Персональне консультування – це консультування, спрямоване на розв'язання соціально-психологічних проблем, пошук оптимальних шляхів розвитку керівника, оптимізацію та корекцію його взаємин із підлеглими, його поведінки в суперечливих і проблемних ситуаціях тощо.

Провина — негативно забарвлене почуття, об'єктом якого є деякий вчинок суб'єкта, який здається йому причиною негативних для нього і інших людей наслідків.

Проекція – це механізм віднесення до іншої особи або об'єкта думок, почуттів, мотивів і бажань, які на свідомому рівні індивід у себе відкидає.

Раціоналізація – це захисний механізм, який виправдовує думки, почуття, поведінку, які насправді є неприйнятними.

Свідомість - властивий людині спосіб ставлення до об'єктивної дійсності, опосередкований загальними формами суспільно-історичної діяльності людей.

Сутінковий стан свідомості - затьмарення свідомості, що характеризується раптовим початком і раптовим припиненням, з подальшою амнезією всього періоду порушення свідомості. Під час сутінкового стану свідомості хворі зберігають можливість виконання автоматичних звичних дій.

Страх — внутрішній стан, що обумовлений загрозою реального або передбачуваного лиха.

Суїцид (лат. *sui caedere* вбивати себе) — умисне спричинення власної смерті, часто вчинене з відчаю, причину якого часто відносять до психічних захворювань таких як депресія, біполярний розлад, шизофренія, алкоголізм чи наркотичної залежності.

Терапія — процес, бажаною (але не завжди досяжною) метою якого є полегшення, зняття чи усунення симптомів (компенсація, купірування) і проявів того чи іншого захворювання, патологічного стану чи іншого порушення життєдіяльності, нормалізація порушених процесів життєдіяльності і одужання, відновлення здоров'я.

Тривожність — індивідуальна властивість особи, риса характеру, що проявляється схильністю до надмірного хвилювання, стану тривоги в ситуаціях, які загрожують, на думку цієї особи, неприємностями, невдачами, фрустрацією.

Фрустрація - психогенна реакція організму, пов'язана з емоційним розладом, спричинена перешкодою, яка зненацька виникла; психогенна напруга, що накопичується людиною, необхідна для подолання цієї перешкоди.

Фобія (від дав.-гр. φόβος — страх, хворобливий страх") — ірраціональний, інтенсивний і постійний страх, виникаючий від певних ситуацій, дій, речей, тварин або людей. Основним симптомом цього розладу є надмірне і необґрунтоване бажання уникнути подразника, що відлякує.

СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Адаптація дитини до школи / Упоряд.: С. Максименко, К. Максименко, О. Главник – К.: Мікрос-СВС, 2003. – 111 с.
2. Аминов Н.А., Аверина И.С. Экспресс-диагностика аверсивных (страх-гнев) состояний и формы межличностных конфликтов у младших школьников // Диагностика и регуляция эмоциональных состояний. – М.: Изд-во “Наука”, 1990. – С. 4-7.
3. Амонашвили Ш. А. Размышление о гуманной педагогике. – М.: Изд. Дом Шалвы Амонашвили, 1996. – 494 с.
4. Анастаси А. Психологическое тестирование: Книга 1; Пер. с англ./ Под ред. К.М.Гуревича, В.И.Лубовского; Предисл. К.М.Гуревича, В.И.Лубовского. -М.: Педагогика, 1982. - 320 с.
5. Андрусенко В. А. Социальный страх (опыт философского анализа). – Свердловск: Изд-во Урал. ун-та, 1991. – 168 с.
6. Анохин П. К. Философские аспекты теории функциональной системы // Избр. труды. – М.: Наука, 1978. – 400 с.
7. Анцыферова Л. И. Личность в тяжелых жизненных условиях: переосмысливание, преобразование ситуаций и психологическая защита // Психол. журнал. – 1994. – № 1. – С. 3-17.
8. Аракелов В. М. Стресс и его механизм // Вестник Моск. ун-та. Сер. 14. Психология. – 1995. – № 4. – С. 45-54.
9. Аристотель. Трактат о душе.- Соб. соч.: В 4-х т. – М.: Мысль, 1975. – Т. 1. – 550 с. – 1978. – Т. 2. – 688 с.
10. Астапов В. М. Функциональный подход к изучению состояний тревоги // Психол. журнал. – 1992. – Т. 13. – № 5. – С. 111-117.
11. Астапов В.М. Тревожность у детей. 2-е изд.. – СПб.: Питер, 2004. – 224с.
12. Баевский А. М. Прогнозирование состояний на грани нормы и патологии. – М.: Медицина, 1976. – 298 с.
13. Бандура А., Уолтерс Р. Подростковая агрессия. Изучение влияния воспитания и семейных отношений //Пер. с англ. Ю.Брянцевой и Б.Красовского. - М.: ЭКСМО – Пресс, 1999.- 512с.
14. Бассет Л. Только без паники! Как избавиться от чрезмерной тревожности. – СПб: Питер Пресс, 1997. – 288 с.
15. Бех І.Д. Психологічні умови ефективності виховної дії // Радянська школа. - 1992. – N 1. - С.41-46.

16. Бех І.Д. Довільна поведінка школярів як мета виховання // Рідна школа. 1993. – №9. – С.29-32.
17. Бех І. Д. Особистісно зорієнтоване виховання. – К.: ІЗМН, 1998. – 204 с.
18. Бехтерев В. М. Избр. труды по психологии личности: В 2-х т., Т. 1. Психика и жизнь. / Отв. ред. Г. С. Никифоров, Л. Н. Коростылев. – СПб.: Алетейа, 1999. – 256 с.
19. Богучарова О.І. Шкільні страхи шестирічок та їх запобігання завдяки поведінці опанування // Практична психологія та соціальна робота. - 2002.- №5. – С. 1 – 3.
20. Божович Л.И. Личность и ее формирование в детском возрасте: Психологическое исследование. - М.: Просвещение, 1968. - 464с.
21. Божович Л.И., Конникова Т.Е. О нравственном развитии и воспитании детей.//Вопросы психологии. - 1975.-№ 1.- С. 80-89.
22. Буєва І. І. Гуманізм – основа взаємин у школі В. О. Сухомлинського // Директор школи. – Вересень 1998. – № 26. – С. 4-9.
23. Буянов М.И. Беседы о детской психиатрии: Кн. для учителя. – М.: Просвещение, 1986. – 208 с.
24. Винникотт Д. В. Разговор с родителями / Пер. с англ. – М.: Класс, 1994. – 112 с.
25. Витт Н. В. Об эмоциях и их выражении // Вопр. психол. – 1984. – № 3. – С. 42-52.
26. Вишневецький О. Сучасне українське виховання. Педагогічні нариси. – Львів, 1996. – С.134-178.
27. Вікова та педагогічна психологія: Навч. посіб. / О.В.Скрипченко, Л.В.Долинська, З.В.Огороднійчук та ін. - К.: Просвіта, 2001.- 416с.
28. Волкинд Н. Зависимость эмоционального напряжения от различных факторов экзаменационной обстановки // Журнал высшей нервной деятельности. – 1975. – Т. 25. – № 6. – С. 118-187.
29. Выготский Л.С. Развитие высших психических функций. - М.: АПН РСФСР, 1960. - 364с.
30. Выготский Л.С. Детская психология / Под ред. Д.Б. Эльконина – М.: Педагогика, 1984. – 432 с.
31. Выготский Л.С. Собр. соч. в 6-ти тт./ Гл. ред. А.В.Запорожец. - Т.2. - Проблемы общей психологии / Под ред. В.В.Давыдова. -М.: Педагогика, 1982. - 504 с.

32. Выготский Л.С. Собр. соч. в 6-ти тт./ Гл. ред. А.В.Запорожец. - Т.3. - Проблемы развития психики / Под ред. А.М.Матюшкина. - М.: Педагогика, 1983. - 368 с.
33. Вяткин Б. А., Дорфман Л. Я. О системном анализе психических состояний. Сообщение I. Методологические и теоретические предпосылки изучения психических состояний как целостного единства // Новые исследования в психологии. – М., 1987. – № 1(2) (36(37)). – С. 3-7.
34. Ганзен В. А. Системный подход в психологии. – Л.: Изд-во Ленингр. ун-та, 1983. – 50 с.
35. Ганзен В. А., Юрченко В. Н. Систематика психических состояний человека // Вестник Ленингр. ун-та. Серия № 6. Философия. Социология. Право. – 1991. – Вып. 1. – С. 47-55.
36. Ганзен В.А. Системные описания в психологии. – Л.: ЛГУ, 1984.
37. Ганзен В.А., Юрченко В.Н. Системный подход к анализу, описанию и экспериментальному исследованию психических состояний человека // Психические состояния / Под ред. Крылова А.А. – Л.: Изд-во ЛГУ, 1981.
38. Гримак Л. П. Резервы человеческой психики. – М.: Изд-во Полит. лит., 1987. – 105 с.
39. Гук Н.С. Оцінка та корекція психічних станів співробітників органів виконання покарань: Дис. канд. психол. наук. 19.00.07/ Науково-дослідний інститут психології МОН України. – К., 1996.
40. Данилова Е. А. Особенности поведения школьников 3 и 4 классов в ситуации фрустрации // Новые иссл. в псих. и возраст. физиологии. – 1989. – № 2. – С. 40-42.
41. Данилова Н. Н. Функциональные состояния: механизмы и диагностика. – М.: Изд-во Моск. ун-та, 1985. – 257 с.
42. Дарвин Ч. Выражение эмоций у человека и животных // Соч.: В 5-ти томах. – М.: Изд. АН СССР, - 1953. – Т.5. – 104 с.
43. Денисова З.В. Механизмы эмоционального поведения ребенка / Под ред. Н.И. Касаткина. – Л.: Наука, 1978. – 143 с.
44. Джемс У. Психология / Под ред. Л. Н. Петровской. – М.: Педагогика, 1991. – 369 с.
45. Додонов Б.И. Эмоции как ценность. – М.: Политиздат, 1978. – 272 с.
46. Дружинин В.Н. Психология семьи. – М.: Просвещение, 1996.- 204 с.
47. Дудар В.В. Історична пам'ять як національна духовна цінність // Проблеми освіти. Спец випуск / Кол. авт.- Науково-методичний центр вищої освіти Міністерства освіти і науки України, Вінницька філія

Відкритого міжнародного університету розвитку людини „Україна”, 2004. - С. 189-193.

48.Заброцький М.М. Основи вікової психології: Навчальний посібник. – Тернопіль: Навчальна книга - Богдан, 2005. - 112с.

49.Захаров А.И. Происхождение детских неврозов и психотерапия. - М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2000. - 448с.

50.Захаров А.И. Психотерапия неврозов у детей и подростков. – Л.: Изд-во ЛГУ, 1982. – 247 с.

51.Земска Мария. Семья и личность. /Пер. с пол. – М.: Просвещение, 1988. – 210 с.

52.Зимбардо Ф. Застенчивость. – М.: Педагогика, 1991. – 234с.

53.Изард К.Э. Психология эмоций / Перев. с англ. – СПб.: Питер, 2002.- 464 с.

54.Ильин Е. П. Психофизиология физического воспитания (деятельность и состояния). – М.: Просвещение, 1980. – 199 с.

55.Ильин Е.П. Эмоции и чувства. - СПб.: Питер, 2001. - 752 с.

56.Карпенко Н. Страх: позитивна та негативна роль у розвитку дітей // Дошк. виховання. - 1997. - № 12. - С. 18-19.

57.Китаев-Смык Л.А. Психология стресса. – М.: Наука, 1983. – 368 с.

58.Ковалев А. Г. Психология личности. – М.: Просвещение, 1966. – 391 с.

59.Коломинский Я. Л. Психология детского коллектива. – Минск: Народна асвета, 1984. – 240 с.

60.Кон И.С. Ребёнок и общество: (Историко-этнографическая перспектива). – М.: Наука, 1988. – 270с.

61.Корольчук М.С., Осьодло В.І. Психодіагностика: навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів / За заг. ред. М.С.Корольчука. – К.: Ельга, Ніка-Центр, 2004. – 400с.

62.Корчак Януш. Как любит ребенка / Пер. с пол. – М.: Просвещение, 1990. – 492 с.

63.Костюк Г.С. Навчально-виховний процес і психічний розвиток особистості / За ред. Л. М. Проколієнко. – К.: Рад. школа, 1989. – 608 с.

64.Кочетов А.И. Организация самовоспитания школьников: Кн. для учителя. – Минск: Народная асвета, 1990. – 175 с.

65.Кочубей Б.И., Новикова Е.В. Лики и маски тревоги// Воспитание школьников. – 1990. - №6. – С. 34 – 41.

66.Крайг Г. Психология развития. – СПб: Изд-во “Питер”, 2000. – 192 с.

67. Краткий психологический словарь / Под ред. А. В. Петровского, М. Г. Ярошевского. – М.: Политиздат, 1985. – 432 с.
68. Крутецкий В.А. Психология / Учебник для учащихся пед. уч-щ.- 2-е изд., перераб. и доп.- М.: Просвещение, 1986. – 336 с.
69. Кутішенко В.П. Вікова та педагогічна психологія (курс лекцій): Навчальний посібник. - Київ: Центр навчальної літератури, 2005. – 128с.
70. Лазарус Р. Теория стресса и психофизиологические исследования // Эмоциональный стресс / Под ред. Л. Леви.- Л.: Наука, 1970.- С. 178-209.
71. Лазурский А.Ф. Очерк учения о характере. – Пг.: Изд-во Веккера, 1917. – 361 с.
72. Ланге Г. Психофизиологический этюд. – С.-Пг.: Изд. Ф. Павленкова, 1896. – 94 с.
73. Левитов Н.Д. О психических состояниях человека. – М.: Просвещение, 1964. – 344 с.
74. Левитов Н.Д. Проблема психических состояний // Вопр. психол. – 1955. – № 2. – С. 16-26.
75. Леонова А.Б. Психодиагностика функциональных состояний человека. – М.: Изд-во Моск. ун-та, 1984. – 200 с.
76. Леонова А.Б. Психологические средства оценки и регуляции функциональных состояний человека. – М.: Изд-во Моск. ун-та, 1988. – 161 с.
77. Леонтьев А.Н. Проблемы развития психики. – М.: Политиздат, 1981. – 584 с.
78. Личность, семья, школа (проблемы социализации учащихся) / Под ред. С. Г. Вершловского. – СПб: Питер, 1996. – 220 с.
79. Лоренц К. Агрессия (так называемое зло) // Вопр. философии. – 1992. – № 3. – С. 5-38.
80. М'ясоїд П.А. Загальна психологія: Навч. посіб.- 3-є вид., випр. – К.: Вища школа, 2004.- 487 с.
81. Магилевская Г. Л. Семейный климат. – М.: Просвещение, 1985.- 218 с.
82. Макаренко А.С. Книга для батьків. – К.: Рад. школа, 1980. – 384 с.
83. Максимова Н.Ю., Милютин Е.Л., Пискун В.М. Основы детской патопсихологии. – К.: Перспектива, 1999. – 432 с.
84. Медведев В.И. Функциональные состояния человека // Эргономика. Принципы и рекомендации. – М.: Наука, 1970. – Вып. 1. – С. 127-160.
85. Микляева А.В., Румянцева П.В. Школьная тревожность: диагностика, профилактика, коррекция. – СПб.: Речь, 2004. – 208 с.

86. Михальченко Н.В. Развитие патриотической рефлексии у младшем школьном возрасте // Вестник Одесского национального университета. - 2003. - Т.8, вып. 10. Серия: Психология. - С. 80 - 84.
87. Мошкин В. Преодоление страхов. // Основы безопасности жизнедеятельности. - 2000. - № 2. - С. 9-13.
88. Мясичев В.Н. Личность и неврозы. - Л.: Изд-во Ленингр. ун-та, 1960. - 425 с.
89. Национальная доктрина развития образования // Образование. - 2002г. - № 26. - С. 2.
90. Немчин Т.А. Состояния нервно-психического напряжения. - Л.: Изд-во Ленингр. ун-та, 1983. - 166 с.
91. Непомнящая Н.И. Становление личности ребенка 6-7 лет. / Науч.-исслед. Ин-т общей и педагогической психологии АПН СССР. - М.: Просвещение, 1991. - 160 с.
92. Новикова Е.В. Особенности общения и проявления школьной дезадаптации у младших школьников и подростков // Общение и формирование личности. - М.: Просвещение, 1987. - С. 60-67.
93. Обухова Л. Ф. Детская психология: Теории, факты, проблемы. - М.: Тривола, 1996. - 360 с.
94. Орбан-Лембрик Л.Е. Социальная психология: Учебник. - К.: Академвидав, 2003. - 448 с.
95. Основы психологии: Практикум / Ред. Л.Д. Столяренко. - Ростов н/Д: изд-во "Феникс", 2004. - 704 с.
96. Осорина М.В. Секретный мир детей в пространстве мира взрослых. - СПб.: Питер, 2000. - 288с.
97. Павлов И.П. Ответ физиолога психологам, ПСС. - Т.4, Кн. 2. - М.: МГУ, 1951. - 543 с.
98. Павловские клинические среды. - М.-Л.: Изд-во АН СССР, 1954. - 644с.
99. Перов А.К. Структура личности и динамика взаимосвязи между психическими процессами, состояниями и свойствами // Вопросы психологии личности и труда. - Свердловск, 1973. - С. 17-23.
100. Пиаже Ж. Избранные труды. - М, 1994. - 364с.
101. Платонов К. К. Системные качества психических явлений // Психол. журнал. - 1982. - Т. 3. - № 2. - С. 27-33.
102. Платонов К.К. Психология летного труда. - М.: Воениздат, 1960. - 351с.

103. Платонов К.К. Система психологии и теория отражения. – М.: Наука, 1982. – 309 с.
104. Приходько Ю.О. Генезис провідних ставлень дитини дошкільного віку як основа її особистісного розвитку: Дис. д-ра психол. наук: 19. 00. 07./ НПУ імені М.П. Драгоманова. – К., 1997. – 428 с.
105. Прихожан А.М. Причины, профилактика и преодоление тревожности// Психологическая наука и образование. – 1998. – № 2. – С. 17- 22.
106. Прохоров А.О. Особенности психических состояний личности в обучении // Психол. журнал. – 1991. – Т. 12. – № 1. – С. 47-54.
107. Прохоров А.О. Психические состояния и их проявления в учебном процессе. – Казань: Изд-во Казанск. ун-та, 1991. – 165 с.
108. Прохоров А.О. Психические состояния школьников и учителя в процессе их взаимодействия на уроке // Вопр. психол. – 1990. – № 6. – С. 68-74.
109. Прохоров А.О. Саморегуляция психических состояний в учебной и педагогической деятельности // Вопр. психол. – 1991. – № 5. – С. 156-162.
110. Прохоров А.О., Геннинг Г.Н. Особенности психических состояний младших школьников в учебной деятельности // Вопр. психол. – 1998. – № 4. – С. 42-53.
111. Психические состояния и эффективность деятельности: Сб. статей/ Под ред. Ю.М. Забродина // Вопросы кибернетики. – 1983. – Вып. 101. – 168с.
112. Психологический словарь / Под ред. В.В. Давыдова. – М.: Педагогика, 1983. – 448 с.
113. Психология самосознания. // Хрестоматия. / Гл. ред. Д.Я. Райгородский. - Самара, 2003. - 671 с.
114. Психология семейных отношений с основами семейного консультирования: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Е.И. Артамонова, Е.В. Екжанова, Е.В. Зырянова и др. Под ред. Е.Г. Силиевой. – М.: Издательский центр «Академия», 2002. – 192 с.
115. Психология. Словарь / Под ред. А.В. Петровского, М.Г. Ярошевского. – М.: Политиздат, 1990. – 494 с.
116. Психологічний словник. /За ред. В.І. Войтка. – К.: Вища школа, 1982. – 294 с.
117. Психологія: Підручник / Ю.Л.Трофімов,В.В.Рибалка, П.А. Гончарук та ін.; за ред. Ю.Л.Трофімова- 3-є вид., стереотип.-К.:Либідь,2001.- 560 с.

118. Распопов П.П. О фазовых состояниях возбудимости мозговой коры в связи с некоторыми индивидуально-психологическими особенностями// Вопр. психологии. – 1978. - №2. – С. 43-49.
119. Раттер М. Помощь трудным детям. – М.: Прогресс, 1987. – 422 с.
120. Реан А.А. Агрессия и агрессивность личности. – СПб: Питер, 1996. – 238 с.
121. Рибо Т. Воля в ее нормальном и болезненном состояниях. – СПб.: Изд-во В. И. Губинского. – 1900. – 73 с.
122. Рибо Т. Гнев. Психофизиологический этюд: Пер. с франц.: 2-е изд. с доп. и примеч. И. П. Рангора. – СПб.: Изд-во В. И. Губинского. – 1899. – 80 с.
123. Римар Ф. Основные формы страха: Исследование в области глубинной психологии: Пер. с нем. – М.: Прогресс, 1998. – 336 с.
124. Рогов Е.И. Настольная книга практического психолога: Учеб. Пособие: В 2 кн. – 2-е изд.- М.:Владос, 1999. – Кн.1: Система работы психолога с детьми разного возраста. – 384с.
125. Рогов И.И. Настольная книга практического психолога в образовании. – М.: Владос, 1996. – 522 с.
126. Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии. - СПб.: Питер, 2003. - 720с.
127. Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии. – СПб.: Питер Ком, 1999. – 720 с.
128. Рубинштейн С.Л. Проблемы общей психологии. – М.: Педагогика, 1976. – 416 с.
129. Руденко Ю. Основи сучасного українського виховання. - К.: Видавництво ім. Олени Теліги, 2003. - 328с.
130. Савчин М.В., Василенко Л.П. Вікова психологія: навчальний посібник. – К.: Академвидав, 2005. – 360с.
131. Сапогова Е.В. Психологические особенности переходного периода в развитии детей шести-семи лет: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. 19.00.07/ Моск. гос. пед. ин-т. – М., 1986. – 19 с.
132. Селье Г. Стресс без дистресса: Пер. с англ. – М.: Прогресс, 1982.- 124 с.
133. Семиченко В.А. Психологія емоцій. – К.: “Магістер-S”, 1998. - 128 с.
134. Сеченов И.М. Физиология и психология // Избр. произв. – М.: Изд-во АН СССР, 1952. – Т. 1. – 772 с.

135. Сидоренко Е.В. Методы математической обработки в психологии. – СПб, 1996. – 350 с.
136. Склярєнко О.М. Психологічні детермінанти та психокорекція шкільних страхів у молодших школярів: Дис. канд. психол. наук. 19.00.07/ Національний педагогічний університет ім. М.П. Драгоманова. – К., 2005.- 198 с.
137. Смирнова Т.П. Психологическая коррекция агрессивного поведения детей. – Ростов н/Д: “Феникс”, 2003. - 160с.
138. Сорокина В.В. Негативные переживания детей в начальной школе// Вопросы психологии. – 2003. - №3. – С. 43 – 52.
139. Сосновикова Ю.Е. Психические состояния человека, их классификация и диагностика. – Горький: Горьков. гос. пед. ин-т, 1975. – 118 с.
140. Спивак Л.М. Корекція Я-концепції невстигаючих учнів початкових класів // Психологія: Збірник наукових праць. –Випуск 1 (8). – Київ, НПУ, - 2000. - С.160-169.
141. Столин В.В. Самосознание личности. – М.: МГУ, 1983. – 284с.
142. Стреляу Я. Роль темперамента в психическом развитии. – М.: Прогресс, 1982. – 231 с.
143. Тихонова М.І. Психологічні фактори емоційної дезадаптації молодших школярів: Дис... канд. психол. наук: 19.00.07/ НПУ імені М.П. Драгоманова. – К., 2001.- 205 с.
144. Томчук С.М. Генеза негативних психічних станів молодших школярів та їх корекція // Актуальні проблеми психології. Збірник наукових праць інституту психології ім. Г.С. Костюка АПН України. Серія: Екологічна психологія. – К.: Міленіум, 2005, Т.7. Вип. 6. – С. 372-380.
145. Томчук С.М. Динаміка негативних психічних станів у молодших школярів та шляхи їх трансформації // Психологія та суспільство, 2005. - №3. - С. 101-108.
146. Тревога и тревожность / Сост. и общая редакция В.М. Астапова. – СПб.: Питер, 2001. – 256 с.
147. Тювина Н.А. Психические заболевания: клиника, лечение, профилактика. – М.: КРОН-ПРЕСС, 1997. – 256 с.
148. Узнадзе Д. Н. Психологические исследования. – М.: Наука, 1966. – 431 с.
149. Ухтомский А. А. Учение о доминанте // Собр. соч.: В 4-х т. – Л.: Изд-во Ленингр. ун-та, 1950. – Т. 1. – 330 с.

150. Ушинский К. Д. Человек как предмет познания // Пед. соч.: В 6-ти т. – М.: Педагогика, 1990. – Т. 6. – 528 с.
151. Фахрутдинова Л.Р. О влиянии эмоциональных процессов на психические состояния при восприятии музыкальных произведений// Практическая психология в школе. – СПб.: Иматон, 1996. – С. 56- 57.
152. Фіцула М.М. Педагогіка: Навчальний посібник для студентів вищих педагогічних закладів освіти. - К.: Академія, 2002. - 528с.
153. Фрейд З. Введение в психоанализ. - М,1991.- 364с.
154. Фрейд З. Психоанализ и детские неврозы. – СПб: Алетейа, 1997. – 296 с.
155. Фрейд З. Психоаналитические этюды. – Минск: Беларусь, 1991. – 606 с.
156. Фромм Э. Антология человеческой деструктивности. – М.: Республика, 1994. – 447 с.
157. Хорни К. Наши внутренние конфликты. Конструктивная теория невроза – СПб: Лань, 1997. – 240 с.
158. Чебыкин А.Я. Распознавание педагогами выражений эмоций учащихся // Вопр. психол. – 1991. – № 5. – С. 74-80.
159. Чебыкин А.Я. Эмоциональная регуляция учебно-познавательной деятельности. – Одесса: Одесский гос. пед. ин-т им. К.Д. Ушинского, 1992. – 169 с.
160. Черникова О.А. Стартовая лихорадка // Теория и практика физической культуры. 1937. -№ 3.- С. 45-53.
161. Шебанова В.І. Дослідження тривожності в дітей молодшого шкільного віку // Педагогіка і психологія. – 2001. – № 3. – С. 108 - 117.
162. Шибутани Т. Социальная психология. – М., 1968. – 234с.
163. Шугай М.А. Психологічний аналіз розвитку національної рефлексії в процесі навчальної діяльності молодших школярів. // Автореферат/. - Рівне, 2002. – 24с.
164. Шугай М.А. Український менталітет (спроба теоретико-наукового аналізу): Наукові записки. - Видавничий комплекс Острозької академії - Острог, 1998. - Том 1.Частина 2. – С.180-183.
165. Эксакусто Т.В., Истратова О.Н. Справочник психолога начальной школы. // Справочник. - Ростов-на-Дону, 2003. - 442с.
166. Эльконин Д.Б. Избранные психологические труды. – М, 1989. - 364с.
167. Эльконин Д.Б. Избранные психологические труды. – М.: Педагогика, 1989. – 560 с.

168. Эриксон Э. Идентичность: юность, кризис. - М, 1996. - 364с.
169. Эриксон Э. Детство и общество. - СПб.: Ленато, АСТ, Фонд «Университетская книга», 1996. - 592 с.
170. Якобсон П.М. Эмоциональная жизнь школьника. – М.: Просвещение, 1966. – 291с.
171. Якобсон С.Г. Психологические проблемы этического развития детей. - М.: Педагогика, 1984.- 144 с.
172. Agras S. The relationship of school phobia to childhood depression. – Amer. J. Psychiat. 1959, P. 533-548.
173. Goldfarb W. Infant rearing and problem behavior //American Journal Orthopsychiat. - № 13, 1943. - P. 249 - 260.
174. Phillips B. School stress and anxiety. N.Y., 1978. – 165 p.
175. Wolf S. Children under Stress – N.Y.: Penguin, 1983. – 393 p.
176. Herbert M. Emotional problems of development in children. London; N.Y., 1974.– 362 p.

НАВЧАЛЬНЕ ВИДАННЯ

МИХАЛЬЧЕНКО НАТАЛІЯ

**ПАТОПСИХОЛОГІЯ ТА ПСИХОЛОГІЧНЕ
КОНСУЛЬТУВАННЯ**

НАВЧАЛЬНО-МЕТОДИЧНИЙ ПОСІБНИК

Редактор і коректор.....

Комп'ютерна верстка.....

Підписано до друку.....

.....

