**ДОДАТОК А**

**Опросник САН.**

*Большая энциклопедия психологических тестов [Текст]: автор сост. А. Карелин. - М.: Изд-во Эксмо, 2006 – 416 с.*

Этот бланковый тест предназначен для оперативной оценки самочувствия, активности и настроения (по первым буквам этих функциональных состояний и назван опросник).

Сущность оценивания заключается в том, что испытуемых просят соотнести свое состояние с рядом признаков по многоступенчатой шкале. Шкала эта состоит из индексов (3 2 1 0 1 2 3) и расположена между тридцатью парами слов противоположного значения, отражающих подвижность, скорость и темп протекания функций (активность), силу, здоровье, утомление (самочувствие), а также характеристики эмоционального состояния (настроение). Испытуемый должен выбрать и отметить цифру, наиболее точно отражающую его состояние в момент обследования. Достоинством методики является его повторимость, то есть допустимо неоднократное использование теста с одним и тем же испытуемым.

При обработке эти цифры перекодируются следующим образом: индекс 3, соответствующий неудовлетворительному самочувствию, низкой активности и плохому настроению, принимается за 1 балл; следующий за ним индекс 2 – за 2; индекс 1 – за 3 балла и так до индекса 3 с противоположной стороны шкалы, который соответственно принимается за 7 баллов (учтите, что полюса шкалы постоянно меняются).

Итак, положительные состояния всегда получают высокие баллы, а отрицательные низкие. По этим "приведенным" баллам и рассчитывается среднее арифметическое как в целом, так и отдельно по активности, самочувствию и настроению. Например, средние оценки для выборки из студентов Москвы равны: самочувствие – 5,4; активность – 5,0; настроение – 5,1.

Следует упомянуть, что при анализе функционального состояния важны не только значения отдельных его показателей, но и их соотношение. Дело в том, что у отдохнувшего человека оценки активности, настроения и самочувствия обычно примерно равны. А по мере нарастания усталости соотношение между ними изменяется за счет относительного снижения самочувствия и активности по сравнению с настроением.

**Код опросника**

Вопросы на самочувствие – 1, 2, 7, 8, 13, 14, 19, 20, 25, 26.

Вопросы на активность – 3, 4, 9, 10, 15, 16, 21, 22, 27, 28.

Вопросы на настроение – 5, 6, 11, 12, 17, 18, 23, 24, 29, 30.

**Типова карта методики САН**

Прізвище, ініціали\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Стан\_\_\_\_ Вік\_\_\_\_\_

 Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Час\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | Самопочуття добре | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | Самопочуття погане |
| 2 | Почуваю себе сильним | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | Відчуваю себе слабким |
| 3 | Пасивний | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | Активний |
| 4 | Малорухливий | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | Рухливий |
| 5 | Веселий | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | Cумний |
| 6 | Добрий настрій | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | Поганий настрій |
| 7 | Працездатний | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | Розбитий |
| 8 | Повний сил | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | Знесилиний |
| 9 | Повільний | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | Швидкий |
| 10 | Бездіяльний | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | Діяльний |
| 11 | Щасливий | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | Несщасливий |
| 12 | Житєрадісний | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | Похмурий |
| 13 | Напружений | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | Розслаблений |
| 14 | Здоровий | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | Хворий |
| 15 | Байдужий | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | Захоплений |
| 16 | Безвідповідальний | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | Схвильований |
| 17 | Захоплений | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | Похмурий |
| 18 | Радісний | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | Сумний |
| 19 | Відпочивший | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | Втомлений |
| 20 | Свіжий | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | Виснажений |
| 21 | Сонливий | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | Збуджений |
| 22 | Бажання відпочити | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | Бажання попрацювати |
| 23 | Спокійний | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | Заклопотаний |
| 24 | Оптимістичний | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | Песимістичний |
| 25 | Витривалий | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | Втомлений |
| 26 | Бадьори | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | Вялий |
| 27 | Міркувати важко | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | Міркувати легко |
| 28 | Розсіяний | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | Уважний |
| 29 | Повний надій | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | Розчарований |
| 30 | Задоволений | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | незадоволений |

**ДОДАТОК Б**

**Методика «Реабілітаційний потенціал особистості» авторська розробка І.Ю. Кулагіной і Л.В. Сенкевич**

Методика «Реабілітаційний потенціал особистості» розроблена І.Ю. Кулагиной і Л.В. Сенкевич в 2011 року. При створенні методики використані і модифіковані окремі відкриті питання анкети Ж.В. Порохіна і структурованого інтерв'ю Ю.Є. Куртановой.

Методика є опитувальник, призначений для осіб, які мають хронічні захворювання, старше 16 років. Опитувальник включає 28 закритих питань з трьома варіантами відповідей і може застосовуватися як в груповій формі, так і індивідуально. Відповідно до інструкції випробуваний вибирає один з трьох відповідей до кожного питання.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Вопросы | Варианты ответов |
|  | Часто ли Вы думаете о своей болезни?   | А. Постоянно | Б. Часто | В. Редко |
|  | Зависит ли Ваше настроение от болезни? | А. Да | Б. Нет | В. Трудно ответить |
|  | Как Вы относитесь к житейским проблемам в последнее время? | А. Иногда включаюсь в их решение | Б. Стараюсь от них отгородиться | В. Они мне по-прежнему интересны |
|  | Нужно ли рассказывать близким и друзьям о проблемах со своим здоровьем? | А. Да, они обязательно поддержат. | Б. Да, но немногим – мало кто меня поймет | В. Нет, на понимание и сопереживание никто не способен |
|  | Изменились ли Ваши интересы за время болезни? | А. Да, меня теперь мало что интересует | Б. Да, мои интересы расширились. | В. Нет, у меня остались прежние интересы. |
|  | Как Вы думаете, жизнь здорового человека отличается от жизни больного? | А. Да, конечно. | Б. Не всегда | В. Практически нет |
|  | Часто ли Вы радуетесь? | А. Да, я нахожу много поводов для радости | Б. Меня трудно чем-то порадовать | В. Иногда у меня бывает очень хорошее настроение |
|  | Легко ли Вас расстроить? | А. Да, мне приходится часто расстраиваться | Б. Я огорчаюсь по серьезным поводам | В. Меня трудно вывести из равновесия |
|  | Мешает ли Ваша болезнь жить так, как Вам хочется? | А. Да, мешает | Б. Доставляет некоторые неудобства | В. Я живу, не ориентируясь на болезнь |
|  | Есть ли у Вас близкие люди, с которыми Вас связывают глубокие отношения? | А. Да, есть любимый человек (или друг). | Б. У меня есть приятели | В. Постоянных глубоких отношений ни у кого не бывает |
|  | Как Вы оцениваете свой интеллектуальный потенциал? | А. Как относительно низкий | Б. Как средний | В. Как достаточно высокий |
|  | Любите ли Вы свою работу (учебу)? | А. Да, люблю | Б. Я не работаю (не учусь) | В. Работаю (учусь), но без особого интереса |
|  | Есть ли у Вас сейчас увлечения (хобби)? | А. Да | Б. Трудно сказать | В. Нет |
|  | Кто виноват в том, что Вы больны? | А. Никто – так сложилось | Б. Я сам | В. Те, кто меня окружал |
|  | Способны ли Вы контролировать свои эмоции и поведение? | А. Да, всегда | Б. Не во всех ситуациях | В. В последнее время контроль полностью нарушен |
|  | Изменились ли Ваши отношения в семье? | А. Нет, не изменились | Б. Да, обо мне теперь больше заботятся | В. Да, исчезло взаимопонимание |
|  | Как Вы решаете возникающие у Вас проблемы? | А. Мне не по плечу решение всех проблем | Б. Справляюсь с ними самостоятельно, никого не беспокоя. | В. Решаю их вместе с родными или друзьями |
|  | Бывают ли у Вас болезненные состояния? | А. Да, бывают | Б. Иногда бывают, но по разным причинам | В. Я их постоянно испытываю |
|  | Изменились ли Ваши представления о себе за время болезни? | А. Да, и я стал себя больше уважать | Б. Да, и я стал себя больше жалеть | В. Нет, практически ничего не изменилось |
|  | Насколько важно для Вас сохранить здоровье? | А. Для меня это сейчас — единственно важное в жизни | Б. Это одно из наиболее значимых моих стремлений | В. Такое желание у меня возникает от случая к случаю. |
|  | Считаете ли Вы себя счастливым человеком? | А. Да, я счастливый человек, несмотря на все мои проблемы | Б. Да, хотя с некоторыми оговорками | В. Нет |
|  | Верите ли Вы в эффективность лечения Вашей болезни? | А. Да, конечно | Б. Нет | В. Современная медицина может многое , но далеко не все. |
|  | Изменилось ли Ваше настроение за время болезни? | А. Я стал более раздражительным | Б. Я стал более уравновешенным | В. Не знаю |
|  | Как Вы справляетесь со своей болезнью? | А. Я упорно борюсь с болезнью и возникающими из-за нее трудностями | Б. Я перед ней капитулирую | В. Стараюсь сохранить баланс сил |
|  | Может ли эта болезнь вызвать скорую смерть? | А. Да, больные люди долго не живут. | Б. Течение болезни бывает разным | В. При правильном образе жизни и лечении можно жить долго |
|  | Как Вы относитесь к себе? | А. Как к тяжело больному человеку | Б. Как к сильному человеку, способному преодолевать трудности | В. Как к человеку, который живет так, как хочет |
|  | Изменились ли Ваши взаимоотношения с окружающими людьми за время болезни | А. Изменились в лучшую сторону | Б. Остались такими же, как прежде | В. Изменились в худшую сторону |
|  | Отличается ли Ваша жизнь от жизни Ваших ровесников? | А. Нет, моя жизнь так же полноценна, как у других | Б. Да, болезнь снижает качество жизни | В. У каждого из нас свои проблемы |

 **Ключ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Компоненты реабилитационного потенциала | Баллы | №№ ответов | Максимально возможное число баллов по шкале |
| Внутренняя картина болезни |  | 1в, 2б, 4а, 6в, 9в, 14в, 18б, 22а, 25в, 28а |  |
|  | 1б, 2в, 4б, 6б, 9б, 14а, 18а, 22в, 25б, 28в |  |  |
|  | 1а, 2а, 4в, 6а, 9а, 14б, 18в, 22б, 22а, 28б |  |  |
| Мотивационный компонент |  | 3в, 5б, 12а, 13а, 20б, 24а |  |
|  | 3а, 5в, 12в, 13б, 20а, 24в |  |  |
|  | 3б, 5а, 12б, 13в, 20в, 24б |  |  |
| Эмоциональный компонент |  | 7а, 8в, 15а, 23б |  |
|  | 7в, 8б, 15б, 23в |  |  |
|  | 7б, 8а, 15в, 23а |  |  |
| Самооценочный компонент Я-концепция |  | 11в, 19а, 21а, 26б |  |
|   |  | 11б, 19в, 21б, 26в |  |
|   |  | 11а, 19б, 21в, 26а |  |
| Коммуникативный компонент Межличностные отношения |  | 10а, 16б, 17в, 27а |  |
|  | 10б, 16а, 17б, 27б |  |  |
|  | 10в, 16в, 17а, 27в |  |  |
| Общий уровень реабилитационного потенциала   |   | Сумма баллов по всем шкалам   |  |

**ДОДАТОК В**

**Методика Тобол (тип ставлення до хвороби).**

**Методика розроблена А.Є. Личко в 1980 р.**

# ОПИСАНИЕ МЕТОДИКИ

## **Диагностируемые типы отношения к болезни**

Методика ТОБОЛ, как указывалось выше, предназначена для психологической диагностики типов отношения к болезни. При такой диагностике была использована типология отношений к болезни, предложенная А.Е.Личко и Н.Я.Ивановым (1980). Методика позволяет диагностировать следующие 12 типов отношения: сенситивный, тревожный, ипохондрический, меланхолический, апатический, неврастенический, эгоцентрический, паранойяльный, анозогнозический, дисфорический, эргопатический и гармоничный.

12 типов отношения к болезни объединены в три блока. При объединении типов в блоки были выбраны два критерия: “адаптивность–дезадаптивность”, которая отражает влияние отношения к болезни на адаптацию личности больного, и “интер–интрапсихическая направленность” дезадаптации (в случае дезадаптивного характера отношения).

## **Содержание опросника**

Методика ТОБОЛ, построенная в форме опросника, диагностирует тип отношения к болезни на основании информации об отношениях больного к ряду жизненных проблем и ситуаций, потенциально наиболее для него значимых и непосредственно или опосредованно связанных с его заболеванием. Эти отношения больного изучались как 12 подсистем в общей системе отношений личности. Именно эти подсистемы отношений и были положены в основу структурирования содержания методики по 12-ти темам: отношение к болезни, к ее лечению, врачам и медперсоналу, родным и близким, окружающим, работе (учебе), одиночеству, будущему, а также самооценка самочувствия, настроения, сна и аппетита.

Опросник включает соответственно 12 таблиц-наборов утверждений ("самочувствие", "настроение" и т.д.). Каждый набор в свою очередь содержит от 10 до 16 предлагаемых испытуемому утверждений, составленных на основе клинического опыта группы экспертов. При работе с методикой больному предлагается выбрать два наиболее соответствующих ему утверждений на каждую тему. Каждая таблица-набор содержит также одно дополнительное утверждение: «Ни одно из утверждений мне не подходит». Подобная форма опросника лучше раскрывает систему отношений, чем работа с опросником, в котором используются ответы "да" или "нет", так как позволяет выявить наиболее значимые характеристики отношения к болезни.

## **Правила работы испытуемого с опросником**

Испытуемому предлагается в каждой таблице-наборе выбрать 2 наиболее подходящих для него утверждения и обвести кружком номера сделанных выборов в регистрационном листе, образец которого приводится в приложении 3. Если больной не может выбрать два утверждения по какой-либо теме, то он должен отметить последнее утверждение в соответствующей таблице-наборе. Время заполнения регистрационного листа не ограничено. Исследование можно проводить одновременно с небольшой группой испытуемых при условии, что они не будут совещаться друг с другом.

Кроме того, в регистрационный лист заносятся данные о больном в соответствии с практическими и исследовательскими задачами, стоящими перед врачом и клиническим психологом, например: развернутый клинический диагноз и ведущий синдром, длительность заболевания, инвалидность, прогноз заболевания, изменение социального и семейного статуса в связи с заболеванием и др.

## **Алгоритм диагностики типа отношения к болезни**

Поскольку основным назначением опросника "Тип отношения к болезни" являлось моделирование деятельности квалифицированного медицинского психолога и психоневролога, в основу разработки диагностического правила были положены представления и методы теории распознавания образов. Диагностическое правило опросника строилось как алгоритм, с определенной точностью воспроизводящий диагностику типов отношения к болезни квалифицированными клиническими психологами и психоневрологами. Именно в связи с этим "обучение" алгоритма проводилось на материале опроса 32 высококвалифицированных экспертов: клинических психологов, психотерапевтов, психоневрологов, психиатров и терапевтов.

Эксперты заполняли опросник, как бы за больных с ярко выраженным типом отношения к болезни, соответственно описанным выше 12-ти типам. Данные протоколов, полученных от экспертов, заполняющих опросник, были подвергнуты статистическому анализу. Для каждого из 12-ти типов отношения к болезни было получено распределение частот, с которыми утверждения опросника выбирались экспертами. На основании этих данных вычислялись диагностические коэффициенты первоначального варианта опросника (1987). Эти диагностические коэффициенты отражали в логарифмическом масштабе частоту выбора экспертами каждого конкретного утверждения опросника при заполнении опросника “за больного” с заданным типом отношения к болезни. Утверждениям, которые выбирались редко или вовсе не выбирались экспертами, диагностический коэффициент не присваивался и, тем самым, приравнивался нулю. Диагностическими коэффициентами, отличными от нуля, обладали утверждения, диагностически значимые (“зачетные”) для соответствующего типа отношения.

Величины диагностических коэффициентов в первоначальном варианте находились в диапазоне от 1 до 5 баллов. Большей величине диагностического коэффициента соответствовал более согласованный, то есть осуществляемый с большей частотой, выбор экспертами соответствующего утверждения как характерного для диагностируемого типа отношения. Каждое из утверждений опросника могло иметь несколько диагностических коэффициентов, каждый из которых относился к соответствующему типу отношения к болезни.

Совершенствование методики состояло в уточнении диагностических коэффициентов. С этой целью для каждого типа отношения к болезни были отобраны только те утверждения, диагностические коэффициенты которых отличались от нуля, ("зачетные"). Эти утверждения вошли в 12 списков, соответствующих 12-ти типам отношения к болезни.

Для установления более точных диагностических коэффициентов эти списки были предъявлены 28-ми экспертам. Как отмечено выше, первоначальная система диагностических коэффициентов была получена на основе анализа работы экспертов, заполняющих опросник, как это делали бы больные с определенными типами отношений. На новом этапе работы эксперт отталкивался от уже обобщенного опыта первоначальной работы группы экспертов. Перед ним ставилась задача оценить количественно в пятибалльной системе диагностическую значимость каждого “зачетного” утверждения из списка относительно заданного типа отношения к болезни.

Полученные таким образом экспертные оценки были подвергнуты коррекции. Эта коррекция была направлена на учет своеобразия когнитивного стиля каждого эксперта в решении задачи оценки диагностической значимости утверждений опросника. Под когнитивным стилем понимались две индивидуальные особенности эксперта при работе с пятибалльной шкалой: склонность к “систематическому завышению” или “систематическому занижению” даваемых им оценок, и склонность использовать более или менее широкий их диапазон. Первая из этих индивидуальных особенностей эксперта оценивалась средней величиной (М**э**) даваемых им оценок (R**э**) всех утверждений для всех типов отношения к болезни. Вторая оценивалась величиной стандартного отклонения (s**э**) этих оценок (R**э**).

Для коррекции этих стилевых особенностей работы эксперта, даваемые им оценки диагностической значимости утверждений, преобразовывались по формуле: (R**э** – М**э**)/s**э**, то есть центрировались и нормировались. После такого преобразования оценки всех экспертов получили единое начало отсчета и единый масштаб: средние величины всей совокупности оценок во всех решаемых задачах каждым из экспертов стали равными нулю, а соответствующие стандартные отклонения стали равными единице.

Полученные откорректированные и, тем самым, учитывающие индивидуальные особенности экспертов оценки диагностической значимости для каждого из утверждений и для каждого типа отношения к болезни подверглись усреднению по всей совокупности экспертов.

Эти средние величины экспертных оценок и составили новый уточненный диагностический код, с помощью которого осуществляется диагностика типа отношения к болезни отдельного испытуемого.

Протокол испытуемого может быть охарактеризован суммами диагностических коэффициентов, каждая из которых соответствует определенному типу отношения к болезни и может рассматриваться как отдельная шкала. В целом профиль из 12 психодиагностических шкал характеризует совокупность отдельных аспектов многомерного отношения больного к заболеванию и должен интерпретироваться по аналогии с другими психологическими методиками, такими как ММРI и др.

Помимо развернутой характеристики системы отношений, связанных с заболеванием, важное значение имеет определение целостного типа реагирования на болезнь. Правило диагностики типа отношения к болезни основано на том, что бóльшая величина какой-либо из шкал указывает на бóльшую вероятность принадлежности больного типу, соответствующему этой шкале. Таким образом, тип отношения к болезни может определяться по наивысшему или наивысшим значениям шкал, что и было положено в основу разработки конкретного правила диагностики типа (или типов при их смешении) на основании совокупности шкальных оценок.

Существо диагностического правила сводится к определению шкалы с максимальной оценкой и других шкал, оценки которых находятся в так называемой диагностической зоне, т.е. отстоят от максимальной не более чем на пороговый интервал. Если в диагностической зоне оказывается одна шкала, то диагностируется “чистый” тип, соответствующий этой шкале, если две или три, то “смешанный”, если более трех – “диффузный”. В названии смешанных типов указываются входящие в него шкалы.

Если в диагностическую зону попадает любая из трех шкал – гармоничного, эргопатического или анозогнозического типов – должна быть проведена дополнительная проверка. Так как все эти три типа отношения к болезни, отличаются отсутствием явных нарушений адаптации в связи с заболеванием, то эта проверка заключается в поиске тех выбранных больным утверждений, которые указывают на выраженное проявление дезадаптации. Такие утверждения, противоречащие по смыслу каждому из трех рассматриваемых типов, отмечены в диагностическом коде знаком (\*). Выбор испытуемым любого утверждения со знаком (\*) как бы приравнивает шкальную оценку соответствующего типа нулю и тем самым отрицает окончательную диагностику этого типа как “чистого” или входящего в “смешанный”.

Таково общее описание алгоритма диагностики типа отношения к болезни, используемого в методике “ТОБОЛ”.

Валидность разработанной методики обеспечивается тем, что она построена как модель диагностической деятельности психологов и врачей и, тем самым, определяется высоким уровнем валидности клинико-психологической диагностики экспертов, имеющих высокий уровень квалификации. Валидность усовершенствованного варианта методики повысилась по сравнению с первоначальным в результате привлечения к работе новой группы экспертов, которые уточняли диагностические оценки методики, используя обобщенный опыт первой группы экспертов.

На основании вышеизложенного можно полагать, что новый усовершенствованный вариант методики для исследования типов отношений к болезни позволяет увеличить точность их диагностики и может быть использован в работе практических психологов, психоневрологов, врачей-интернистов.

## **Правила анализа данных опросника**

##### Получение шкальных оценок и их профиля

1. При анализе используется бланк “Результаты обследования”, образец которого приводится в приложении 5.

2. По таблице кода для каждого отмеченного в регистрационном листе утверждения определяются диагностические коэффициенты, которые заносятся в бланк “Результаты обследования”.

3. Диагностические коэффициенты в каждом из столбцов, соответствующих 12 шкалам типов отношения к болезни, суммируются, значения 12-ти шкальных оценок, заносятся в графу, обозначенную “сумма”.

4. Графически величины шкальных оценок изображают в виде профиля на бланке “Результаты обследования”, где по горизонтали отмечены буквенные символы 12-ти шкал, а по вертикали – числовые значения шкальных оценок.

### Числовое выражение правила диагностики типа отношения к болезни

5. Если среди утверждений, выбранных испытуемым, встречается хотя бы одно, указанное в коде знаком (\*), то шкальная величина соответствующего этому знаку типа отношения к болезни (гармоничный, эргопатический, анозогнозический) приравнивается нулю, и такой тип не диагностируется.

6. Для диагностики типа находят шкалу (или шкалы) с максимальным значением суммы диагностических коэффициентов и определяют, есть ли в профиле такие шкалы, которые находятся в пределах диагностический зоны – оценки которых отставлены от максимальной в пределах 7 баллов. Если шкала с максимальной оценкой является единственной, и нет других шкал, оценки которых отличаются от максимальной не более чем на 7 баллов, то диагностируют только тип, соответствующий этой шкале.

7. Если в диагностический интервал, равный 7 баллам, помимо шкалы с максимальной оценкой попадают еще одна или две шкалы, то диагностируют смешанный тип, который обозначают соответственно названиям составляющих его шкал.

8. При смешанном типе, если в диагностическую зону наряду с другими шкалами попадает шкала гармоничного типа, то он исключается из рассмотрения как составляющий. Таким образом, гармоничный тип диагностируют только как "чистый", т.е. только в том случае, когда шкала этого типа имеет максимальную оценку и нет других шкал, которые попадают в диагностический интервал.

9. Если в диагностический интервал, равный 7 баллам, попадает более трех шкал, то диагностируют диффузный тип.

*Графическое выражение правила диагностики типа отношения к болезни*

10. Если среди утверждений, выбранных испытуемым, встречается хотя бы одно, указанное в коде знаком (\*), при диагностике типа отношения к болезни необходимо использовать дополнительный профиль, отражающий скорректированные в соответствии с пунктом 5 шкальные оценки гармоничного, эргопатического, анозогнозического типов.

11. Графически правило диагностики сводится к тому, что на профиле выделяют максимальный пик и проводят горизонталь ниже его вершины на 7 баллов. Если эта горизонталь не пересекает ни один из других пиков профиля, то ставят диагноз “чистого” типа (см. приложение 6, рис. 1)

12. Если горизонталь помимо максимального пика пересекает или касается одного или двух пиков профиля, то ставят диагноз смешанного типа (см. приложение 6, рис. 2, 3). Гармоничный тип, согласно пункту 8, не входит составляющим в смешанный тип (см. приложение 6, рис. 4, 5).

13. Если горизонталь пересекает или касается более трех пиков профиля, диагностируют диффузный тип

## **Интерпретация результатов диагностики**

## **с помощью опросника ТОБОЛ**

I. Интерпретация диагностированного типа отношения к болезни.

Если диагностируется “чистый” тип отношения к болезни, для раскрытия его психологического содержания используется клинико-психологическое описание соответствующего типа, которое представлено в разделе “Классификация типов отношения к болезни”.

Если диагностируется “смешанный” тип отношения к болезни, интерпретация включает описания типов, являющихся его составляющими, из той же классификации. Целесообразно обращать внимание на характер соотношения между составляющими смешанного типа, который может быть как согласованным (например, неврастенический – дисфорический), так и противоречивым (например, ипохондрический – анозогнозический).

При интерпретации типа реагирования на болезнь следует учитывать содержание выбранных больным утверждений, являющихся “зачетными” по отношению к диагностируемому типу, а также распределение этих утверждений по темам опросника (“самочувствие”, “отношение к лечению”, “отношение к работе” и т.п.).

Дополнительно к раскрытию содержания выбранных испытуемым утверждений, относящихся к диагностируемому типу, необходимо обращать внимание на всю совокупность шкальных оценок, отражающих многомерность отношения к болезни, информация о которых наглядно представлена в профиле шкальных оценок.

II. Интерпретация профиля шкальных оценок.

При интерпретации профиля следует обращать внимание на соотношение шкальных оценок в трех областях, соответствующих трем блокам типов отношения к болезни: типы без выраженных нарушений психической и социальной адаптации; типы с наличием психической дезадаптации, связанной преимущественно с интрапсихической направленностью реагирования на болезнь; типы с наличием психической дезадаптации, связанной преимущественно с интерпсихической направленностью реагирования на болезнь (см. раздел “Классификация типов отношения к болезни”).

Может быть выделен блок (или блоки) с бóльшими оценками входящих в него шкал по сравнению с другими блоками. Это позволяет предполагать, что в личностном реагировании на болезнь доминирует направленность, соответствующая шкалам этого блока.

Если пики шкальных оценок расположены в области одного первого блока, то можно делать вывод о том, что отношение к болезни у больного характеризуется стремлением преодолеть заболевание, неприятием “роли” больного, сохранением ценностной структуры и активного социального функционирования без отчетливых проявлений психической и социальной дезадаптации.

Если пики шкальных оценок расположены в области второго или третьего блоков, то отношение к болезни у больного с таким профилем шкальных оценок является преимущественно дезадаптивным соответственно с интерпсихической или интрапсихической направленностью.

Следует особо обращать внимание на величину неоткорректированных шкал первого блока (гармоничный, эргопатический и анозогнозический типы). Если в целом диагностируются типы второго или третьего блоков при высоких показателях по шкалам первого, то это может свидетельствовать о том, что, несмотря на явления психической дезадаптации, больной в своем поведении в существенной степени руководствуется стремлением к сохранению ценностной структуры и активному социальному функционированию.

Кроме того, следует обратить внимание на распределение шкальных оценок внутри каждого блока (при этом необходимо рассматривать неоткорректированные оценки шкал первого блока). Такой содержательный анализ дает возможность более дифференцированно описать многомерное отношение к болезни при рассмотрении этого отношения с позиций внутриблоковой направленности.

Дополнительная содержательная информация для понимания своеобразия отношения к болезни у больного может быть получена при анализе распределения зачетных ответов для шкал по 12-ти отдельным темам опросника или по группам тем, которые могут быть составлены психологом в соответствии с задачами исследования. Например, могут быть объединены темы, связанные с социальным функционированием (“Отношение к родным и близким”, “Отношение к работе”, “Отношение к окружающим”).

При использовании предлагаемого опросника получаемые с его помощью данные рекомендуется рассматривать в контексте данных других экспериментально-психологических методик (опросников, проективных методов и др.).

## **Классификация типов отношения к болезни**

***1. Гармоничный (Г)*** (реалистичный, взвешенный). Оценка своего состояния без склонности преувеличивать его тяжесть, но и без недооценки тяжести болезни. Стремление во всем активно содействовать успеху лечения. Стремление облегчить близким тяготы ухода за собой. В случае понимания неблагоприятного прогноза заболевания – переключение интересов на те области жизни, которые останутся доступными больному, сосредоточение внимания на своих делах, заботе о близких.

***2. Эргопатический (Р)*** (стенический). “Уход от болезни в работу”. Характерно сверхответственное, подчас одержимое, стеничное отношение к работе, которое в ряде случаев выражено еще в большей степени, чем до болезни. Избирательное отношение к обследованию и лечению, обусловленное, прежде всего стремлением, несмотря на тяжесть заболевания, продолжать работу. Стремление во что бы то ни стало сохранить профессиональный статус и возможность продолжения активной трудовой деятельности в прежнем качестве.

***3. Анозогнозический (З)*** (эйфорический). Активнее отбрасывание мысли о болезни, о возможных ее последствиях, вплоть до отрицания очевидного. При признании болезни – отбрасывание мыслей о возможных ее последствиях. Отчетливые тенденции рассматривать симптомы болезни как проявления "несерьезных" заболеваний или случайных колебаний самочувствия. В связи с этим нередко характерны отказ от врачебного обследования и лечения, желание “разобраться самому” и “обойтись своими средствами”, надежда на то, что “само все обойдется”. При эйфорическом варианте этого типа – необоснованно повышенное настроение, пренебрежительное, легкомысленное отношение к болезни и лечению. Желание продолжать получать от жизни все, что и ранее, несмотря на болезнь. Легкость нарушений режима и врачебных рекомендаций, пагубно сказывающихся на течении болезни.

***4. Тревожный (Т)*** (тревожно-депрессивный и обсессивно-фобический). Непрерывное беспокойство и мнительность в отношении неблагоприятного течения болезни, возможных осложнений неэффективности и даже опасности лечения. Поиск новых способов лечения, жажда дополнительной информации о болезни и методах лечения, поиск “авторитетов”, частая смена лечащего врача. В отличие от ипохондрического типа отношения к болезни, в большей степени выражен интерес к объективным данным (результаты анализов, заключения специалистов), нежели к субъективным ощущениям. Поэтому – предпочтение слушать о проявлениях заболевания у других, а не предъявлять без конца свои жалобы. Настроение тревожное. Как следствие тревоги – угнетенность настроения и психической активности.

При обсессивно-фобическом варианте этого типа – тревожная мнительность, которая, прежде всего, касается опасений не реальных, а маловероятныхосложнений болезни, неудач лечения, а также возможных (но малообоснованных) неудач в жизни; работе, взаимоотношениях с близкими в связи с болезнью. Воображаемые опасности волнуют более чем реальные. Защитой от тревоги становятся приметы и ритуалы.

***5. Ипохондрический (И).*** Чрезмерное сосредоточение на субъективных болезненных и иных неприятных ощущениях. Стремление постоянно рассказывать о них врачам, медперсоналу и окружающим. Преувеличение действительных и выискивание несуществующих болезней и страданий. Преувеличение неприятных ощущений в связи с побочными действиями лекарств и диагностических процедур. Сочетание желания лечиться и неверия в успех, постоянных требований тщательного обследования у авторитетных специалистов и боязни вреда и болезненности процедур.

***6. Неврастенический (Н).*** Поведение по типу “раздражительной слабости”. Вспышки раздражения, особенно при болях, при неприятных ощущениях, при неудачах лечения. Раздражение нередко изливается на первого попавшегося и завершается раскаянием и угрызениями совести. Неумение и нежелание терпеть болевые ощущения. Нетерпеливость в обследовании и лечении, неспособность терпеливо ждать облегчения. В последующем – критическое отношение к своим поступкам и необдуманным словам, просьбы о прощении.

***7. Меланхолический (М)*** (витально-тоскливый). Сверхудрученность болезнью, неверие в выздоровление, в возможное улучшение, в эффект лечения. Активные депрессивные высказывания вплоть до суицидных мыслей. Пессимистический взгляд на все вокруг. Сомнение в успехе лечения даже при благоприятных объективных данных и удовлетворительном самочувствии.

***8. Апатический (А).***  Полное безразличие к своей судьбе, к исходу болезни, к результатам лечения. Пассивное подчинение процедурам и лечению при настойчивом побуждении со стороны. Утрата интереса к жизни, ко всему, что ранее волновало. Вялость и апатия в поведении, деятельности и межличностных отношениях.

***9. Сенситивный (С).*** Чрезмерная ранимость, уязвимость, озабоченность возможными неблагоприятными впечатлениями, которые могут произвести на окружающих сведения о болезни. Опасения, что окружающие станут жалеть, считать неполноценным, пренебрежительно или с опаской относиться, распускать сплетни и неблагоприятные слухи о причине и природа болезни и даже избегать общения с больным. Боязнь стать обузой для близких из-за болезни и неблагожелательного отношения с их стороны в связи с этим. Колебания настроения, связанные, главным образом, с межличностными контактами.

***10. Эгоцентрический (Э)*** (истероидный). “Принятие” болезни и поиски выгод в связи с болезнью. Выставление напоказ близким и окружающим своих страданий и переживаний с целью вызвать сочувствие и полностью завладеть их вниманием. Требование исключительной заботы о себе в ущерб другим делам и заботам, полное невнимание к близким. Разговоры окружающих быстро переводятся “на себя”. Другие люди, также требующие внимания и заботы, рассматриваются как “конкуренты”, отношение к ним – неприязненное. Постоянное желание показать другим свою исключительность в отношении болезни, непохожесть на других. Эмоциональная нестабильность и непрогнозируемость.

***11. Паранойяльный (П).*** Уверенность, что болезнь – результат внешних причин, чьего-то злого умысла. Крайняя подозрительность и настороженность к разговорам о себе, к лекарствам и процедурам. Стремление приписывать возможные осложнения или побочные действия лекарств халатности или злому умыслу врачей и персонала. Обвинения и требования наказаний в связи с этим.

***12. Дисфорический (Д)*** (агрессивный). Доминирует гневливо-мрачное, озлобленное настроение, постоянный угрюмый и недовольный вид. Зависть и ненависть к здоровым, включая родных и близких. Вспышки озлобленности со склонностью винить в своей болезни других. Требование особого внимания к себе и подозрительность к процедурам и лечению. Агрессивное, подчас деспотическое отношение к близким, требование во всем угождать.

Типы отношения к болезни были объединены по трем блокам.

**Первый блок** включает гармоничный, эргопатический и анозогнозический типы отношения к болезни, при которых психическая и социальная адаптация существенно не нарушается. При гармоничном типе реагирования больные, адекватно оценивая свое состояние, активно участвуют в лечении заболевания, соблюдают назначенный врачом режим, и в то же время характеризуются стремлением преодолеть заболевание, неприятием “роли” больного, сохранением ценностной структуры и активного социального функционирования. Кроме гармоничного типа реагирования, в первый блок включены эргопатический и анозогнозический типы. Для больных с этими типами отношения к болезни характерно: снижение критичности к своему состоянию, преуменьшение “значения” заболевания вплоть до полного его вытеснения, иногда проявляющееся поведенческими нарушениями рекомендуемого врачом режима жизни, “уходом” в работу, отрицанием подчас факта заболевания. Однако выраженные явления психической дезадаптации у этих больных отсутствуют, что позволило условно включить их в один блок с гармоничным типом.

Во второй и третий блоки включены типы реагирования на болезнь, характеризующиеся наличием психической дезадаптации в связи с заболеванием и различающиеся преимущественно интрапсихической или интерпсихической направленностью реагирования на болезнь.

**Второй блок** включает тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхолический, апатический типы отношения, для которых характерна интрапсихическая направленность личностного реагирования на болезнь, обуславливающая нарушения социальной адаптации больных с этими типами реагирования. Эмоционально-аффективная сфера отношений у таких больных проявляется в дезадаптивном поведении: реакциях по типу раздражительной слабости, тревожном, подавленном, угнетенном состоянии, “уходом” в болезнь, отказе от борьбы – “капитуляции” перед заболеванием и т.п.

В **третий блок** вошли сенситивный, эгоцентрический, дисфорический и паранойяльный типы отношения, для которых характерна интерпсихическая направленность личностного реагирования на болезнь, также обуславливающая нарушения социальной адаптации больных. Больные с этими типами отношения к болезни характеризуются таким сенсибилизированным отношением к болезни, которое, вероятно, в наибольшей степени зависит от преморбидных особенностей личности. Такое сенсибилизированное отношение к болезни проявляется дезадаптивным поведением больных: они стесняются своего заболевания перед окружающими, “используют” его для достижения определенных целей, строят паранойяльного характера концепции относительно причин своего заболевания и его хронического течения, проявляют гетерогенные агрессивные тенденции, обвиняя окружающих в своем недуге.

## **Текст опросника ТОБОЛ**

1. Самочувствие

С тех пор как я заболел, у меня почти всегда плохое самочувствие 1

Я почти всегда чувствую себя бодрым и полным сил 2

Дурное самочувствие я стараюсь перебороть 3

Плохое самочувствие я стараюсь не показывать другим 4

У меня почти всегда что-нибудь болит 5

Плохое самочувствие у меня возникает после огорчений 6

Плохое самочувствие появляется у меня от ожидания неприятностей 7

Я стараюсь терпеливо переносить боль и физические страдания 8

Мое самочувствие вполне удовлетворительно 9

С тех пор как я заболел, у меня бывает плохое самочувствие с приступами

раздражительности и чувством тоски 10

Мое самочувствие очень зависит от того, как ко мне относятся окружающие 11

Ни одно из определений мне не подходит 12

2. Настроение

Как правило, настроение у меня очень хорошее 1

Из-за болезни я часто бываю нетерпеливым и раздражительным 2

У меня настроение портится от ожидания возможных неприятностей,

беспокойства за близких, неуверенности в будущем 3

Я не позволяю себе из-за болезни предаваться унынию и грусти 4

Из-за болезни у меня почти всегда плохое настроение 5

Мое плохое настроение зависит от плохого самочувствия 6

У меня стало совершенно безразличное настроение 7

У меня бывают приступы мрачной раздражительности, во время которых

достается окружающим 8

У меня не бывает уныния и грусти, но может быть ожесточенность и гнев 9

Малейшие неприятности сильно огорчают меня 10

Из-за болезни у меня все время тревожное настроение 11

Ни одно из определений мне не подходит 12

3. Сон и пробуждение ото сна

Проснувшись, я сразу заставляю себя встать 1

Утро для меня – самое тяжелое время суток 2

Если меня что-то расстроит, я долго не могу уснуть 3

Я плохо сплю ночью и чувствую сонливость днем 4

Я сплю мало, но встаю бодрым. Сны вижу редко 5

С утра я более активен и мне легче работать, чем вечером 6

У меня плохой и беспокойный сон и часто бывают мучительно-тоскливые

сновидения 7

Утром я встаю бодрым и энергичным 8

Я просыпаюсь с мыслью о том, что сегодня надо будет сделать 9

По ночам у меня бывают приступы страха 10

С утра я чувствую полное безразличие ко всему 11

По ночам меня особенно преследуют мысли о моей болезни 12

Во сне мне видятся всякие болезни 13

Ни одно из определений мне не подходит 14

4. Аппетит и отношение к еде

Нередко я стесняюсь есть при посторонних людях 1

У меня хороший аппетит 2

У меня плохой аппетит 3

Я люблю сытно поесть 4

Я ем с удовольствием и не люблю ограничивать себя в еде 5

Мне легко можно испортить аппетит 6

Я боюсь испорченной пищи и всегда тщательно проверяю ее доброкачественность 7

Еда меня интересует, прежде всего, как средство поддержать здоровье 8

Я стараюсь придерживаться диеты, которую сам разработал 9

Еда не доставляет мне никакого удовольствия 10

Ни одно из определений мне не подходит 11

5. Отношение к болезни

Моя болезнь меня пугает 1

Я так устал от болезни, что мне безразлично, что со мной будет 2

Стараюсь не думать о своей болезни и жить беззаботной жизнью 3

Моя болезнь больше всего угнетает меня тем, что люди стали сторониться меня 4

Без конца думаю о всех возможных осложнениях, связанных с болезнью 5

Я думаю, что моя болезнь неизлечима и ничего хорошего меня не ждет 6

Считаю, что моя болезнь запущена из-за невнимания и неумения врачей 7

Считаю, что опасность моей болезни врачи преувеличивают 8

Стараюсь перебороть болезнь, работать как прежде и даже еще больше 9

Я чувствую, что моя болезнь гораздо тяжелее, чем это могут определить врачи 10

Я здоров, и болезни меня не беспокоят 11

Моя болезнь протекает совершенно необычно – не так, как у других, и поэтому

требует особого внимания 12

Моя болезнь меня раздражает, делает нетерпеливым, вспыльчивым 13

Я знаю по чьей вине я заболел и не прощу этого никогда 14

Я всеми силами стараюсь не поддаваться болезни 15

Ни одно из определений мне не подходит 16

6. Отношение к лечению

Избегаю всякого лечения – надеюсь, что организм сам переборет болезнь,

если о ней поменьше думать 1

Меня пугают трудности и опасности, связанные с предстоящим лечением 2

Я был бы готов на самое мучительное и даже опасное лечение только бы

избавиться от болезни 3

Я не верю в успех лечения и считаю его напрасным 4

Я ищу новые способы лечения, но, к сожалению, во всех них постоянно

разочаровываюсь 5

Считаю, что мне назначают много ненужных лекарств и процедур,

уговаривают меня на никчемную операцию 6

Всякие новые лекарства, процедуры и операции вызывают у меня бесконечные

мысли об осложнениях и опасностях, с ними связанных 7

Лекарства и процедуры нередко оказывают на меня такое необычное действие,

что это изумляет врачей 8

Считаю, что среди применяющихся способов лечения есть настолько вредные,

что их следовало бы запретить 9

Считаю, что меня лечат неправильно 10

Я ни в каком лечении не нуждаюсь 11

Мне надоело бесконечное лечение, хочу, чтобы меня только оставили в покое 12

Я избегаю говорить о лечении с другими людьми 13

Меня раздражает и озлобляет, когда лечение не дает улучшения 14

Ни одно из определений мне не подходит 15

7. Отношение к врачам и медперсоналу

Главным во всяком медицинском работнике я считаю внимание к больному 1

Я хотел бы лечиться у такого врача, у которого большая известность 2

Считаю, что я заболел, прежде всего, по вине врачей 3

Мне кажется, что врачи мало что понимают в моей болезни и только делают вид,

что лечат 4

Мне все равно, кто и как меня лечит 5

Я часто беспокоюсь о том, что не сказал врачу что-либо важное, что может

повлиять на успех лечения 6

Врачи и медперсонал нередко вызывают у меня неприязнь 7

Я обращаюсь то к одному, то к другому врачу, так как не уверен в успехе лечения 8

С большим уважением я отношусь к медицинской профессии 9

Я не раз убеждался, что врачи и персонал невнимательны и недобросовестно

исполняют свои обязанности 10

Я бываю нетерпеливым и раздражительным с врачами и медперсоналом и потом

сожалею об этом 11

Я здоров и в помощи врачей не нуждаюсь 12

Считаю, что врачи и медперсонал попусту тратят на меня время 13

Ни одно из определений мне не подходит 14

8. Отношение к родным и близким

Я настолько поглощен мыслями о моей болезни, что дела близких перестали

волновать меня 1

Я стараюсь родным и близким не показывать виду, что я болен, чтобы

не омрачать им настроения 2

Близкие напрасно хотят сделать из меня тяжело больного 3

Меня одолевают мысли, что из-за моей болезни моих близких ждут трудности

и невзгоды 4

Мои родные не хотят понять тяжесть моей болезни и не сочувствуют моим

страданиям 5

Близкие не считаются с моей болезнью и хотят жить в свое удовольствие 6

Я стесняюсь своей болезни даже перед близкими 7

Из-за болезни я утратил всякий интерес к делам и волнениям близких и родных 8

Из-за болезни я стал в тягость близким 9

Здоровый вид и беззаботная жизнь близких вызывает у меня неприязнь 10

Я считаю, что заболел из-за моих родных 11

Я стараюсь поменьше доставлять тягот и забот моим близким из-за моей болезни 12

Ни одно из определений мне не подходит 13

9. Отношение к работе (учебе)

Болезнь делает меня никуда не годным работником (неспособным учиться) 1

Я боюсь, что из-за болезни я лишусь хорошей работы (придется уйти из хорошего

учебного заведения) 2

Моя работа (учеба) стала для меня совершенно безразличной. 3

Из-за болезни мне теперь стало не до работы (не до учебы) 4

Все время беспокоюсь, что из-за болезни могу допустить оплошность на работе

(не справиться с учебой) 5

Считаю, что заболел из-за того, что работа (учеба) причинила вред моему

здоровью 6

На работе (по месту учебы) совершенно не считаются с моей болезнью и даже

придираются ко мне 7

Не считаю, что болезнь может помешать моей работе (учебе) 8

Я стараюсь, чтобы на работе (по месту учебы) поменьше знали и говорили

о моей болезни 9

Я считаю, что несмотря на болезнь, надо продолжать работу (учебу) 10

Болезнь сделала меня неусидчивым и нетерпеливым на работе (в учебе) 11

На работе (за учебой) я стараюсь забыть о своей болезни 12

Все удивляются и восхищаются тем, как я успешно работаю (учусь), несмотря на

болезнь 13

Мое здоровье не мешает мне работать (учиться) там, где я хочу 14

Ни одно из определений мне не подходит 15

10. Отношение к окружающим

Мне теперь все равно, кто меня окружает, и кто около меня 1

Мне хочется, чтобы окружающие только оставили меня в покое 2

Здоровый вид и жизнерадостность окружающих вызывают у меня раздражение 3

Я стараюсь, чтобы окружающие не замечали моей болезни 4

Мое здоровье не мешает мне общаться с окружающими, сколько мне хочется 5

Мне бы хотелось, чтобы окружающие на себе испытали, как тяжело болеть 6

Мне кажется, что окружающие сторонятся меня из-за моей болезни 7

Окружающие не понимают моей болезни и моих страданий 8

Моя болезнь и то, как я ее переношу, удивляет и поражает окружающих 9

С окружающими я стараюсь не говорить о моей болезни 10

Мое окружение довело меня до болезни, и я этого не прощу 11

Общение с людьми теперь стало мне быстро надоедать и даже раздражать меня 12

Моя болезнь не мешает мне иметь друзей 13

Ни одно из определений мне не подходит 14

11. Отношение к одиночеству

Предпочитаю одиночество, потому что одному мне становится лучше 1

Я чувствую, что болезнь обрекает меня на полное одиночество 2

В одиночестве я стремлюсь найти какую-нибудь интересную или нужную работу 3

В одиночестве меня начинают особенно преследовать нерадостные мысли о

болезни, осложнениях, предстоящих страданиях 4

Часто, оставшись наедине, я скорее успокаиваюсь: люди стали меня сильно

раздражать 5

Стесняясь болезни, я стараюсь отдалиться от людей, а в одиночестве скучаю по

людям 6

Избегаю одиночества, чтобы не думать о своей болезни 7

Мне стало все равно, что быть среди людей, что оставаться в одиночестве 8

Желание побыть одному зависит у меня от обстоятельств и настроения 9

Я боюсь оставаться в одиночестве из-за опасений, связанных с болезнью 10

Ни одно из определений мне не подходит 11

12. Отношение к будущему

Болезнь делает мое будущее печальным и унылым 1

Мое здоровье пока не дает никаких оснований беспокоиться за будущее 2

Я всегда надеюсь на счастливое будущее, даже в самых отчаянных положениях 3

Аккуратным лечением и соблюдением режима я надеюсь добиться улучшения

здоровья в будущем 4

Не считаю, что болезнь может существенно отразиться на моем будущем 5

Свое будущее я целиком связываю с успехом в моей работе (учебе) 6

Мне стало безразлично, что станет со мной в будущем 7

Из-за моей болезни я в постоянной тревоге за свое будущее 8

Я уверен, что в будущем вскроются ошибки и халатность тех, из-за кого я заболел 9

Когда я думаю о своем будущем, меня охватывает тоска и. раздражение на других

людей 10

Из-за болезни я очень тревожусь за свое будущее 11

Ни одно из определений мне не подходит 12

## **Регистрационный лист к опроснику ТОБОЛ**

Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Возраст\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Пол\_\_\_\_\_М\_\_\_\_\_Ж

 (ненужное зачеркнуть)

 В графе «Номера выбранных ответов» обведите кружком те номера утверждений из

таблиц, которые наиболее для вас подходят. На каждую тему разрешается делать два выбора.

|  |  |
| --- | --- |
| Темы | Номера выбранных утверждений |
| I | Самочувствие | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 |
| II | Настроение | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 |
| III | Сон и пробуждение ото сна  | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 |
| IV | Аппетит и отношение к еде  | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 |
| V | Отношение к болезни | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 |
| VI | Отношение к лечению | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 |
| VII | Отношение к врачам и медперсоналу | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 |
| VIII | Отношение к родным и близким | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 |
| IX | Отношение к работе (учебе) | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 |
| X | Отношение к окружающим  | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 |
| XI | Отношение к одиночеству | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 |
| XII | Отношение к будущему | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 |

##

## **Диагностический код опросника ТОБОЛ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Iтема | Г | Р | З | Т | И | Н | М | А | С | Э | П | Д |
| 1 |  |  |  | 4 | 5 | 3 | 4 | 3 |  | 3 | 3 |  |
| 2 |  |  | 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | 4 | 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 | 4 | 4 |  |  |  |  |  |  | 4 |  |  |  |
| 5 |  |  | **\*** |  | 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  | 4 |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  | 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 | 4 | 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  | 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  | 4 |  |  |  |  | 3 | 5 |
| 11 |  |  |  |  |  |  |  |  | 4 | 4 | 3 |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |  | 3 |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| IIIтема | Г | Р | З | Т | И | Н | М | А | С | Э | П | Д |
| 1 | 3 | 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  | 4 |  |  |  |  | 3 |
| 3 |  |  |  |  |  | 4 |  |  | 4 | 3 | 3 |  |
| 4 |  |  |  |  |  | 4 |  | 3 |  |  |  |  |
| 5 |  |  | 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 | 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  | 4 |  | 4 | 4 |  |  | 3 | 3 | 3 |
| 8 |  |  | 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  | 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  | 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  | 4 | 4 |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  | 4 | 4 |  |  |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  | 4 |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Vтема | Г | Р | З | Т | И | Н | М | А | С | Э | П | Д |
| 1 |  |  | \* | 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  | \* |  |  |  |  | 4 | 5 |  |  |  |  |
| 3 |  |  | 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  | 5 |  |  |  |
| 5 | \* |  | \* | 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  | \* |  | 4 |  | 5 | 3 |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 4 | 4 | 4 |
| 8 |  |  | 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  | 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  | \* | 4 | 5 |  | 4 |  |  | 4 |  |  |
| 11 |  |  | 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 5 |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  | 5 |  |  |  |  |  | 4 |
| 14 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 5 | 4 |
| 15 | 5 | 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| IIтема | Г | Р | З | Т | И | Н | М | А | С | Э | П | Д |
| 1 |  |  | 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  | 5 |  |  |  |  |  | 4 |
| 3 |  |  |  | 4 |  |  |  |  | 4 |  |  |  |
| 4 | 4 | 4 | 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  | \* |  | 4 |  | 5 |  |  | 3 |  |  |
| 6 | 2 |  |  |  | 4 | 4 |  |  |  | 3 |  |  |
| 7 |  | \* |  |  |  |  |  | 5 |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 5 |
| 9 | \* |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 3 | 4 |
| 10 |  |  |  |  |  | 4 |  |  | 4 |  |  |  |
| 11 | \* |  |  | 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| IVтема | Г | Р | З | Т | И | Н | М | А | С | Э | П | Д |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  | 4 |  |  |  |
| 2 | 2 |  | 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  | 3 | 3 | 4 | 3 |  | 3 |  |  |
| 4 |  |  | 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  | 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  | 3 |  | 3 |  |  | 3 | 3 |  | 3 |
| 7 |  |  |  | 3 |  |  |  |  |  |  | 5 |  |
| 8 |  | 3 |  |  | 3 |  |  | 3 |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  | 4 |  |  |  |  |  | 4 |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  | 4 | 4 |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| VIтема | Г | Р | З | Т | И | Н | М | А | С | Э | П | Д |
| 1 | \* | 3 | 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  | 4 |  | 3 |  |  | 3 |  |  |  |
| 3 | 4 | 3 |  |  | 4 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 | \* |  |  |  |  |  | 4 | 4 |  |  |  |  |
| 5 |  | \* |  | 3 | 4 |  |  |  |  | 4 |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  | 4 |  |  | 4 | 3 |
| 7 | \* | \* |  | 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 4 |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 5 |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 5 | 4 |
| 11 | \* |  | 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  | 2 |  |  |  |  | 4 | 4 |  |  |  |  |
| 13 | 3 |  |  |  |  |  |  |  | 4 |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  | 4 |  |  |  |  |  | 5 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| VIIтема | Г | Р | З | Т | И | Н | М | А | С | Э | П | Д |
| 1 | 3 | 2 |  |  | 4 |  |  |  | 4 | 5 |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 5 |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 5 |  |
| 4 | \* |  |  |  | 4 |  | 3 |  |  |  | 4 | 4 |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  | 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  | \* | 5 |  |  |  |  | 4 |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 4 |
| 8 |  | \* |  | 4 | 4 |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 | 3 | 2 |  |  |  |  |  |  | 3 |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 4 | 4 |
| 11 |  |  |  |  |  | 5 |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  | 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 13 | \* |  | 5 |  |  |  | 4 | 4 |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| IXтема | Г | Р | З | Т | И | Н | М | А | С | Э | П | Д |
| 1 |  |  | \* |  |  |  | 4 | 3 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  | 4 |  |  |  |  | 4 |  |  |  |
| 3 | \* | \* |  |  |  |  | 4 | 5 |  |  |  |  |
| 4 | \* |  | \* |  | 4 |  | 4 | 3 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  | 4 |  |  |  |  | 4 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 4 | 4 |
| 7 |  | \* |  |  | 4 |  |  |  |  | 4 | 4 | 4 |
| 8 |  | 5 | 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 | 4 |  |  |  |  |  |  |  | 5 |  |  |  |
| 10 | 4 | 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  | 4 |  |  |  |  |  |  |
| 12 | 4 | 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  | 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  | 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| XIтема | Г | Р | З | Т | И | Н | М | А | С | Э | П | Д |
| 1 | \* |  | \* |  |  |  |  | 4 | 3 |  | 3 |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  | 4 |  |  | 3 |  |  |
| 3 | 4 | 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  | \* | 4 | 4 |  | 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  | 4 |  |  |  |  | 3 | 4 |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  | 5 |  |  |  |
| 7 | 3 | 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 | \* |  |  |  |  |  |  | 4 |  |  |  |  |
| 9 | 3 |  | 2 |  |  | 3 |  |  |  |  | 2 |  |
| 10 |  |  | \* | 4 | 4 |  |  |  |  | 3 |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| VIIIтема | Г | Р | З | Т | И | Н | М | А | С | Э | П | Д |
| 1 | \* |  | \* |  | 4 |  | 4 |  |  |  |  |  |
| 2 | 4 | 4 |  |  |  |  |  |  | 4 |  |  |  |
| 3 |  | 3 | 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  | 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  | \* |  | 4 |  |  |  |  | 5 |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  | 3 |  |  |  | 5 | 3 | 4 |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  | 5 |  |  |  |
| 8 | \* |  |  |  |  |  | 4 | 4 |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  | 5 |  | 4 |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  | 3 |  |  |  |  |  | 4 |
| 11 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 4 |  |
| 12 | 4 | 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Xтема | Г | Р | З | Т | И | Н | М | А | С | Э | П | Д |
| 1 | \* |  |  |  |  |  | 3 | 5 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  | 3 | 4 | 4 |  |  |  |  |
| 3 | \* |  |  |  |  | 3 |  |  |  |  |  | 4 |
| 4 | 4 | 4 |  |  |  |  |  |  | 4 |  |  |  |
| 5 |  | 4 | 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 | \* |  | \* |  | 4 |  |  |  |  | 4 | 4 | 4 |
| 7 |  |  |  | 3 |  |  |  |  | 5 |  |  |  |
| 8 |  |  | \* | 2 | 4 |  |  |  |  | 4 |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 4 |  |  |
| 10 | 4 | 4 |  |  |  |  |  |  | 4 |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 5 |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 4 |
| 13 |  |  | 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| XIIтема | Г | Р | З | Т | И | Н | М | А | С | Э | П | Д |
| 1 |  |  | \* |  | 4 |  | 5 | 3 |  |  |  |  |
| 2 |  |  | 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | 3 |  | 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 | 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  | 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  | 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 | \* |  |  |  |  |  | 4 | 5 |  |  |  |  |
| 8 |  |  | \* | 5 | 4 | 3 |  |  | 3 |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 5 | 4 |
| 10 | \* |  |  |  |  | 3 |  |  |  | 4 |  | 4 |
| 11 |  |  | \* | 5 |  | 3 |  |  | 4 | 3 |  |  |

## **Результаты обследования**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  **Шкалы** **Темы** | Г | Р | **З** | **Т** | **И** | **Н** | **М** | **А** | **С** | **Э** | П | **Д** |
| **I** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **II** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **III** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **IV** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **V** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **VI** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **VII** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **VIII** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **IX** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **X** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **XI** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **XII** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Сумма |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Оценки шкал**70** **60** **50****40****30****20****10****0** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |

 Г Р З Т И Н М А С Э П Д

**Диагностируемый тип отношения к болезни:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ДОДАТОК Г**

**Багаторівневий особистісний опитувальник "Адаптивність" (МЛО-АМ) розроблений А.Г.Маклаковим і С.В.Чермяніним.**

Шкалы: адаптивные способности, нервно-психическая устойчивость, коммуникативные особенности, моральная нормативность

 Назначение теста

Диагностика адаптивности испытуемого по следующим параметрам: адаптивные способности, нервно-психическая устойчивость, моральная нормативность.

Инструкция к тесту

Ответьте “Да” или “Нет” на приведенные ниже утверждения.

 Тестовый материал

1. Бывает, что я сержусь.

2. Обычно по утрам я просыпаюсь свежим и отдохнувшим.

3. Сейчас я примерно так же работоспособен, как и всегда.

4. Судьба определенно несправедлива ко мне.

5. Запоры у меня бывают очень редко.

6. Временами мне очень хотелось покинуть свой дом.

7. Временами у меня бывают приступы смеха или плача, с которыми я никак не могу справиться.

8. Мне кажется, что меня никто не понимает.

9. Считаю, что если кто-то причинил мне зло, то я должен ответить ему тем же.

10. Иногда мне в голову приходят такие нехорошие мысли, что лучше о них никому не рассказывать.

11. Мне бывает трудно сосредоточиться на какой-либо задаче или работе.

12. У меня бывают часто странные и необычные переживания.

13. У меня отсутствовали неприятности из-за моего поведения.

14. В детстве я одно время совершал мелкие кражи.

15. Бывает, что у меня появляется желание ломать или крушить все вокруг.

16. Бывало, что я целыми днями или даже неделями ничего не мог делать, потому что никак не мог заставить себя взяться за работу.

17. Сон у меня прерывистый и беспокойный.

18. Моя семья относится с неодобрением к той работе которую я выбрал.

19. Бывали случаи, что я не сдерживал обещаний.

20. Голова у меня болит часто.

21. Раз в неделю или чаще я без всякой видимой причины внезапно ощущаю жар во всем теле.

22. Было бы хорошо, если бы почти все законы отменили.

23. Состояние моего здоровья почти такое же, как у большинства моих знакомых (не хуже).

24. Встречая на улице своих знакомых или школьных друзей, с которыми я давно не виделся, я предпочитаю проходить мимо, если они со мной не заговаривают первыми.

25. Большинству людей, которые меня знают, я нравлюсь.

26. Я человек общительный.

27. Иногда я так настаиваю на своем, что люди теряют терпение.

28. Большую часть времени настроение у меня подавленное.

29. Теперь мне трудно надеяться на то, что я чего-нибудь добьюсь в жизни.

30. У меня мало уверенности в себе.

31. Иногда я говорю неправду.

32. Обычно я считаю, что жизнь стоящая штука.

33. Я считаю, что большинство людей способны солгать, чтобы продвинуться по службе.

34. Я охотно принимаю участие в собраниях и других общественных мероприятиях.

35. Я ссорюсь с членами моей семьи очень редко.

36. Иногда я испытываю сильное желание нарушить правила приличия или кому-нибудь навредить.

37. Самая трудная борьба для меня это борьба с самим собой.

38. Мышечные судороги или подергивания у меня бывают крайне редко (или почти не бывают).

39. Я довольно безразличен к тому, что со мной будет.

40. Иногда, когда я себя неважно чувствую, я бываю раздражительным.

41. Часто у меня такое чувство” что я сделал что-то не то или даже что-то плохое.

42. Некоторые люди до того любят командовать, что меня так и тянет делать все наперекор, даже если я знаю, что они правы.

43. Я часто считаю себя обязанным отстаивать то, что нахожу справедливым.

44. Моя речь сейчас такая же, как всегда (ни быстрее, ни медленнее, нет ни хрипоты, ни невнятности).

45. Я считаю, что моя семейная жизнь такая же хорошая, как у большинства моих знакомых.

46. Меня ужасно задевает, когда меня критикуют или ругают.

47. Иногда у меня бывает чувство, что я просто должен нанести повреждение себе или кому-нибудь другому.

48. Мое поведение в значительной мере определяется обычаями тех, кто меня окружает.

49. В детстве у меня была компания, где все старались стоять друг за друга.

50. Иногда меня так и подмывает с кем-нибудь затеять драку.

51. Бывало, что я говорил о вещах, в которых не разбираюсь.

52. Обычно я засыпаю спокойно и меня не тревожат никакие мысли.

53. Последние несколько лет я чувствую себя хорошо.

54. У меня никогда не было ни припадков, ни судорог.

55. Сейчас мой вес постоянен (я не худею и не полнею).

56. Я считаю, что меня часто наказывали незаслуженно.

57. Я легко плачу.

58. Я мало устаю.

59. Я был бы довольно спокоен, если бы у кого-нибудь из моей семьи были неприятности из-за нарушения закона.

60. С моим рассудком творится что-то неладное.

61. Чтобы скрыть свою застенчивость, мне приходится затрачивать большие усилия.

62. Приступы головокружения у меня бывают очень редко (или почти не бывают).

63. Меня беспокоят сексуальные вопросы.

64. Мне трудно поддерживать разговор с людьми, с которыми я только что познакомился.

65. Когда я пытаюсь что-то сделать, часто замечаю, что у меня дрожат руки.

66. Руки у меня такие же ловкие и проворные, как и прежде.

67. Большую часть времени я испытываю общую слабость.

68. Иногда, когда я смущен, я сильно потею, и меня это очень раздражает.

69. Бывает, что я откладываю на завтра то, что должен сделать сегодня.

70. Думаю, что я человек обреченный.

71. Бывали случаи, что мне было трудно удержаться, чтобы что-нибудь не стащить у кого-нибудь или где-нибудь, например в магазине.

72. Я злоупотреблял спиртными напитками.

73. Я часто о чем-нибудь тревожусь.

74. Мне бы хотелось быть членом нескольких кружков или обществ.

75. Я редко задыхаюсь, и у меня не бывает сильных сердцебиений.

76. Всю свою жизнь я строго следую принципам, основанным на чувстве долга.

77. Случалось, что я препятствовал или поступал наперекор людям просто из принципа, а не потому, что дело было действительно важным.

78. Если мне не грозит штраф и машин поблизости нет, я могу перейти улицу там, где мне хочется, а не там, где положено.

79. Я всегда был независимым и свободным от контроля со стороны семьи.

80. У меня бывали периоды такого сильного беспокойства, что я даже не мог усидеть на месте.

81. Зачастую мои поступки неправильно истолковывались.

82. Мои родители и (или) другие члены моей семьи придираются ко мне больше, чем надо.

83. Кто-то управляет моими мыслями.

84. Люди равнодушны и безразличны к тому, что с тобой случится.

85. Мне нравится быть в компании, где все подшучивают друг над другом.

86. В школе я усваивал материал медленнее, чем другие.

87. Я вполне уверен в себе.

88. Никому не доверять самое безопасное.

89. Раз в неделю или чаще я бываю очень возбужденным и взволнованным.

90. Когда я нахожусь в компании, мне трудно найти подходящую тему для разговора.

91. Мне легко заставить других людей бояться себя, и иногда я это делаю ради забавы.

92. В игре я предпочитаю выигрывать.

93. Глупо осуждать человека, обманувшего того, кто сам позволяет себя обманывать.

94. Кто-то пытается воздействовать на мои мысли.

95. Я ежедневно выпиваю много воды.

96. Счастливее всего я бываю, когда один.

97. Я возмущаюсь каждый раз, когда узнаю, что преступник по какой-либо причине остался безнаказанным.

98. В моей жизни был один или несколько случаев, когда я чувствовал, что кто-то посредствомгипноза заставляет меня совершать те или иные поступки.

99. Я редко заговариваю с людьми первым.

100. У меня никогда не было столкновений с законом.

101. Мне приятно иметь среди своих знакомых значительных людей это как бы придает мне вес в собственных глазах.

102. Иногда, без всякой причины у меня вдруг наступают периоды необычайной веселости.

103. Жизнь для меня почти всегда связана с напряжением.

104. В школе мне было очень трудно говорить перед классом.

105. Люди проявляют по отношению ко мне столько сочувствия и симпатии, сколько я заслуживаю.

106. Я отказываюсь играть в некоторые игры, потому что у меня это плохо получается.

107. Мне кажется, что я завожу друзей с такой же легкостью, как и другие.

108. Мне неприятно, когда вокруг меня люди.

109. Мне, как правило, везет.

110. Меня легко привести в замешательство.

111. Некоторые из членов моей семьи совершали поступки, которые меня пугали.

112. Иногда у меня бывают приступы смеха или плача, с которыми я никак не могу справиться.

113. Мне бывает трудно приступить к выполнению нового задания или начать новое дело.

114. Если бы люди не были настроены против меня, я в жизни достиг бы гораздо большего.

115. Мне кажется, что меня никто не понимает.

116. Среди моих знакомых есть люди, которые мне не нравятся.

117. Я легко теряю терпение с людьми.

118. Часто в новой обстановке я испытываю тревогу.

119. Часто мне хочется умереть.

120. Иногда я бываю так возбужден, что мне бывает трудно заснуть. .

121. Часто я перехожу на другую сторону улицы, чтобы избежать встречи с тем, кого я увидел.

122. Бывало, что я бросал начатое дело, так как боялся, что я не справлюсь с ним.

123. Почти каждый день случается что-нибудь, что пугает меня.

124. Даже среди людей я чувствую себя одиноким.

125. Я убежден, что существует лишь одно-единственное правильное понимание смысла жизни.

126. В гостях я чаще сижу в стороне и разговариваю с кем-нибудь одним, чем принимаю участие в общих развлечениях.

127. Мне часто говорят, что я вспыльчив.

128. Бывает, что я с кем-нибудь посплетничаю.

129. Часто мне бывает неприятно, когда я пытаюсь предостеречь кого-либо от ошибок, а меня понимают неправильно.

130. Я часто обращаюсь к людям за советом.

131. Часто, даже тогда, когда для меня мне складывается все хорошо, я чувствую, что мне все безразлично.

132. Меня довольно трудно вывести из себя.

133. Когда я пытаюсь указать людям на их ошибки или помочь, они часто понимают меня неправильно.

134. Обычно я спокоен и меня нелегко вывести из душевного равновесия.

135. Я заслуживаю сурового наказания за свои проступки.

136. Мне свойственно так сильно переживать свои разочарования, что я не могу заставить себя не думать о них.

137. Временами мне кажется, что я ни на что не пригоден.

138. Бывало, что при обсуждении некоторых вопросов’ я, особо не задумываясь, соглашался с мнением других.

139. Меня весьма беспокоят всевозможные несчастья.

140. Мои убеждения и взгляды непоколебимы.

141. Я думаю, что можно, не нарушая закона, попытаться найти в нем лазейку.

142. Есть люди, которые мне настолько неприятны, что я в глубине души радуюсь, когда они получают нагоняй за что-нибудь.

143. У меня бывали периоды, когда я из-за волнения терял сон.

144. Я посещаю всевозможные общественные мероприятия, потому что это позволяет побывать среди людей.

145. Можно простить людям нарушение правил, которые они считают неразумными.

146. У меня есть дурные привычки; которые настолько сильны, что бороться с ними просто бесполезно.

147. Я охотно знакомлюсь с новыми людьми.

148. Бывает, что неприличная и даже непристойная шутка у меня вызывает смех.

149. Если дело у меня идет плохо, мне сразу хочется все бросить.

150. Я предпочитаю действовать согласно собственным планам, а не следовать указаниям других.

151. Люблю, чтобы окружающие знали мою точку зрения.

152. Если я плохого мнения о человеке или даже презираю его, почти не стараюсь скрыть это от него.

153. Я человек нервный и легко возбудимый.

154. Все у меня получается плохо, не так, как надо.

155. Будущее кажется мне безнадежным.

156. Люди довольно легко могут изменить мое мнение, даже если до этого оно казалось мне окончательным.

157. Несколько раз в неделю у меня бывает чувство, что должно случиться что-то страшное.

158. Чаще всего я чувствую себя усталым.

159. Я люблю бывать на вечерах и просто в компаниях.

160. Я стараюсь уклониться от конфликтов и затруднительных положений.

161. Меня часто раздражает, что я забываю, куда кладу вещи.

162. Приключенческие рассказы мне нравятся больше, чем о любви.

163. Если я захочу сделать что-то, но окружающие считают, что этого делать не стоит, я легко могу отказаться от своих намерений.

164. Глупо осуждать людей, которые стремятся взять от жизни все, что могут.

165. Мне безразлично, что обо мне думают другие.

Ключ к тесту

**Достоверность** (Д)

* “Нет”: 1, 10, 19, 31, 51, 69, 78, 92, 101, 116, 128, 138, 148.

**Адаптивные способности**(АС = ЛАП)

* “Да”: 4, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 24, 27, 28, 29, 30, 33, 36, 37, 39, 40, 41, 42, 43, 46, 47, 50, 56, 57, 59, 60, 61, 63, 64, 65, 67, 68, 70, 71, 72, 73, 75, 77, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 86, 88, 89, 90, 91, 93, 94, 95, 96. 98, 99, 102, 103, 104, 106, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 117, 118 119, 120, 121. 122. 123, 124, 125, 126, 129, 131, 133, 135, 136, 137, 139, 141, 142, 143, 145, 146, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 161, 162, 164, 165
* “Нет”: 2, 3, 5, 13, 23, 25, 26, 32, 34, 35, 38, 44, 45, 48, 49, 52, 53, 54, 55, 58, 62, 66, 74, 76, 85, 87, 97, 100, 105, 107, 127, 130, 132, 134, 140, 144, 147, 159, 160, 163

**Нервно-психическая устойчивость**(НПУ)

* “Да”: 4, 6, 7, 8, 11, 12, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 28, 29, 30, 37, 39, 40, 41, 47, 57, 60, 63, 65, 67, 68, 70, 71, 73, 75, 80, 82, 83, 84, 86, 89, 94, 95, 96, 98, 102, 103, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 115, 117, 118, 119, 120, 122, 123, 124, 129, 131, 135, 136, 137, 139, 143, 146, 149, 153v 154, 155, 156, 157, 158, 161, 162
* “Нет”: 2, 3, 5, 23, 25, 32, 38, 44, 45, 49, 52, 53, 54, 55, 58, 62, 66, 87, 105, 127, 132, 134, 140

**Коммуникативные особенности**(КС)

* “Да”: 9, 24, 27, 33, 46, 61, 64, 81, 88, 90, 99, 104, 106, 114, 121, 126, 133, 142, 151, 152
* “Нет”: 26, 34, 35, 48, 74, 85, 107, 130, 144, 147, 159

**Моральная нормативность**(МН)

* “Да”: 14, 22, 36, 42, 50, 56, 59, 72, 77, 79, 91, 93, 125, 141, 145, 150, 164, 165
* “Нет”: 13, 76, 97, 100, 160, 163.

  Обработка результатов теста

Обработка результатов осуществляется путем подсчета количества совпадений ответов испытуемого с ключом по каждой из шкал. Начинать обработку следует со шкалы достоверности, чтобы оценить стремление обследуемого представить себя в более социально-привлекательном виде. Если обследуемый набирает по шкале достоверности более 10 баллов, результат тестирования следует считать недостоверным и после проведения разъяснительной беседы необходимо повторить тестирование.

 **Таблица перевода сырых баллов в стены**

|  |  |
| --- | --- |
|  **Наименование шкал и количество ответов, совпавших с ключом**  | **Стены** |
| **ЛАП** | **НПУ** | **КС** | **МН** |   |
| 62-> | 46-> | 27-31 | 18-> | **1** |
| 51-61 | 38-45 | 22-26 | 15-17 | **2** |
| 40-50 | 30-37 | 17-21 | 12-14 | **3** |
| 33-39 | 22-29 | 13-16 | 10-11 | **4** |
| 28-32 | 16-21 | 10-12 | 7-9 | **5** |
| 22-27 | 13-15 | 7-9 | 5-6 | **6** |
| 16-21 | 9-12 | 5-6 | 3-4 | **7** |
| 11-15 | 6-8 | 3-4 | 2 | **8** |
| 6-10 | 4-5 | 1-2 | 1 | **9** |
| 1-5 | 0-3 | 0 | 0 | **10** |

  Интерпретация результатов теста

 **Интерпретация основных шкал методики "Адаптивность"**

|  |  |
| --- | --- |
| **Наименование шкалы** | **Уровень развития качеств** |
|   | **Ниже среднего (1-3 стена)** | **Выше среднего (7-10 стенов)** |
| **НПУ** | Низкий уровень поведенческой регуляции, определенная склонность к нервно-психическим срывам, отсутствие адекватности самооценки и реального восприятия действительности. | Высокий уровень нервно-психической устойчивости и по- веденческой регуляции, высокая адекватная самооценка и реальное восприятие действительности. |
| **КС** | Низкий уровень развития коммуникативных способностей, затруднение в построении контактов с окружающими, проявление агрессивности, повышенная конфликтность. | Высокий уровень развития коммуникативных способностей, легко устанавливает контакты с сослуживцами, окружающими, не конфликтен. |
| **МН** | Не может адекватно оценить свое место и роль в коллективе, не стремится соблюдать общепринятые нормы поведения. | Реально оценивает свою роль в коллективе, ориентируется на соблюдение общепринятых норм поведения. |

Итоговую оценку по шкале "Личностный адаптивный потенциал" (ЛАП) можно получить путем простого суммирования сырых баллов по трем шкалам:

 **ЛАП = "Нервно-психическая устойчивость" + "Коммуникативные способности" + "Моральная нормативность";**

с последующей интерпретацией по нижеприведенной таблице.

**Интерпретация адаптивных способностей по шкале "ЛАП" методики "Адаптивность"**

|  |  |
| --- | --- |
| **Уровень адаптивных способностей (стены)** | **Интерпретация** |
| 5-10 | **Группы высокой и нормальной адаптации.** Лица этих групп достаточно легко адаптируются к новым условиям деятельности, быстро входят в новый коллектив, достаточно легко и адекватно ориентируются в ситуации, быстро вырабатывают стратегию своего поведения. Как правило, не конфликтны, обладают высокой эмоциональной устойчивостью. |
| 3-4 | **Группа удовлетворительной адаптации.** Большинство лиц этой группы обладают признаками различных акцентуаций, которые в привычных условиях частично компенсированы и могут проявляться при смене деятельности. Поэтому успех адаптации зависит от внешних условий среды. Эти лица, как правило, обладают невысокой эмоциональной устойчивостью. Возможны асоциальные срывы, проявление агрессии и конфликтности. Лица этой группы требуют индивидуального подхода, постоянного наблюдения, коррекционных мероприятий. |
| 1-2 | **Группа низкой адаптации.** Лица этой группы обладают признаками явных акцентуаций характера и некоторыми признаками психопатий, а психическое состояние можно охарактеризовать, как пограничное. Возможны нервно-психические срывы. Лица этой группы обладают низкой нервно-психической устойчивостью, конфликтны, могут допускать асоциальные поступки. Требуют наблюдения психолога и врача (невропатолога, психиатра). |

**ДОДАТОК Д**

 **Рис.1 Результати обстеження реабілітантів за допомогою методики САН**

**Рис.2 Показник рівня реабілітаційного потенціалу осіб вибірки за нозологією інвалідизуючого захворювання**

 **Рис. 3 Тип психологічного реагування на інвалідизуюче захворювання**

**ДОДАТОК Е**

**ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ РЕАБІЛІТАЦІЇ ТА АДАПТАЦІЇ ОСІБ З ІНВАЛІДИЗУЮЧИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ**

**Організація та методи реабілітації осіб з інвалідизуючими захворюваннями**

Реабілітація може включати заходи по забезпеченню і (або) по відновленню функції обмеження. Процес реабілітації не припускає лише надання медичної допомоги. Він включає широкий круг заходів і діяльності, починаючи від початкової і більш загальної реабілітації і закінчуючи цілеспрямованою діяльністю, наприклад, відновлення професійної працездатності.

Види діяльності, необхідні для реабілітації інвалідів: раннє виявлення, діагностика і втручання; медичне обслуговування; консультування і надання допомоги в соціальній області; підготовка до самостійного та незалежного способу життя; забезпечення допоміжними технічними засобами, засобами пересування, соціально-побутовими пристосуваннями та інше; спеціальні послуги з відновлення професійної працездатності (включаючи професійну орієнтацію, професійно-технічну підготовку, працевлаштування).

Відповідно до концепції багатопрофільного підходу метою реабілітації є інтеграція інвалідів в суспільство. Виділяються наступні основні напрямки, за якими повинні реалізовуватися багатоаспектні реабілітаційні заходи:

1) попередження прогресування патологічного процесу і відновлення здоров'я інвалідів;

2) відновлення особистості;

3) раннє повернення інвалідів до трудової діяльності;

4) забезпечення можливості для постійної інтеграції інвалідів в суспільство.

Реабілітаційний процес передбачає вирішення задач цілого ряду аспектів фізичного, побутового, трудового і професійного відновлення індивіда з урахуванням потенційних, компенсаторних можливостей організму. Проведення функціональної діагностики адаптаційно-компенсаторних можливостей індивіда, що визначають його біологічний, психологічний і соціальний рівні адаптації, а також тих чинників, які сприяють або перешкоджають процесу реабілітації, дозволяє дати уявлення про реабілітаційний потенціал.

*Реабілітаційний потенціал* – це комплекс біологічних, психофізіологічних характеристик людини, а також соціально-середових чинників, що дозволяють в тому або іншому ступені реалізувати його потенційні здібності і визначити можливий рівень відновлення порушених функцій і соціальних зв'язків.

Оцінка реабілітаційного потенціалу особи буде можлива за допомогою наступних дій: визначення характеру і ступеня порушень та видів дисгармонії психічної діяльності (емоційно-вольових, інтеллектуально-мнестичних, мотиваційних, на рівні особи); виявлення найбільш «збережених» психічних функцій, найбільш «сильних» сторін особи; діагностики психічних розладів і методів їх усунення; соціального блоку психічної адаптації.

Вкрай важливою є оцінка психологічного статусу індивіда, який дає можливість визначення осіб, особливо потребуючих в тривалих курсах психотерапевтичних заходів, направлених на зняття тривоги, невротичних реакцій, на формування адекватного відношення до захворювання і відновних заходів.

Важлива мета психологічної допомоги інвалідам – *навчання хворого самостійно вирішувати проблеми*, які постають перед ним, відносно професійної діяльності і сімейного життя, орієнтація на повернення до праці і в цілому до активної життєдіяльності.

В цілях вторинної профілактики функціональних розладів при проведенні психологічної реабілітації особливу увагу необхідно приділяти особам, риси особистості яких є психологічним чинником ризику (так званий тип «а», якому властиві такі риси, як прагнення до лідерства, суперництво, незадоволеність собою, невміння розслаблятися та ін.). Ефективна психологічна реабілітація інвалідів призводить до формування у них адекватної оцінки своїх можливостей, стійкої трудової спрямованості, зникненню «негативних настанов» (викликаних, як правило, незнанням своїх можливостей, непристосованістю до нових умов життя).

Поряд з цим психологічна реабілітація тісно пов’язана з соціальною реабілітацією, що включає в себе систему заходів, спрямованих на створення і забезпечення умов для повернення особи до активної участі у житті, відновлення її соціального статусу та здатності до самостійної суспільної і родинно-побутової діяльності шляхом соціально-середовищної орієнтації та соціально-побутової адаптації та ін. Соціальні заходи реабілітації охоплюють практично всі питання життєдіяльності інвалідів і об`єднують соціально-побутову та соціально-психологічну реабілітацію.

Соціально-психологічна реабілітація передбачає адаптацію інвалідів до соціального оточення, відновлення особи шляхом формування адекватного відношення суспільства до інваліда і інваліда до суспільства, включаючи соціально-психологічну корекцію відносин в сім'ях, трудових колективах, інших мікро- та макроколективах, в суспільстві в цілому. Соціальні заходи реабілітації повинні забезпечити усунення бар'єрів, перешкоджаючих повноцінному життю людей, чиє здоров'я не дозволяє повною мірою без відповідної адаптації їх життєвого середовища користуватися суспільними благами і самим брати участь в примноженні цих благ [15; 21].

Психофізіологічний компонент соціально-психологічної реабілітації передбачає вирішення наступних завдань:

– нормалізації функціонування нервової системи шляхом застосування медикаментозних препаратів (транквілізаторів), біологічних і психотерапевтичних засобів;

– зняття втоми і відновлення працездатності хворих та інвалідів з психофізіологічних показників за рахунок організації раціонального режиму життєдіяльності (активного відпочинку, сну, трудової діяльності з поступово зростаючим навантаженням, фізіо-, натуро-, бальнеотерапії).

Психологічний компонент передбачає:

– відновлення порушених психічних функцій (сприйняття, уваги, пам'яті, мислення, мовлення, емоційних реакцій) методами психокорекції;

– допомога постраждалим в подоланні емоційних переживань, нав'язливості, фобічних реакцій, пов'язаних з ситуацією отримання фізичної (психічної) травми;

– формування оптимальної психологічної реакції на наслідки психічної травми, мобілізація особистості для усунення труднощів, що виникли, виховання у людини необхідних вольових якостей;

* формування чітких уявлень про фактори ризику;
* психологічна підготовка до медичних операцій і допомогу у відновленні їх нормального психічного стану в післяопераційний період.

Соціально-психологічний компонент – це:

* створення в установах системи взаємної підтримки серед постраждалих;
* формування адекватної ситуації, ситуації "Я-концепції" (реалістичної оцінки своїх можливостей і перспектив у зв'язку з травмою, пораненням, інвалідністю, втратою; розуміння власної ролі в подоланні наслідків що сталося, необхідності збереження самоповаги, впевненості у власних силах), орієнтування його на само реабілітацію.

Психологічна реабілітація в умовах реабілітаційного центру спрямована на активацію особистого потенціалу хворого/інваліда для боротьби з захворюванням, мобілізацію внутрішніх ресурсів пацієнта для подолання стресової ситуації, пов’язаної з хворобою. Відповідно до реабілітаційного процесу психологічна діагностика та психологічна реабілітація впроваджуються на етапах адаптації та активації. Головними цілями психологічної реабілітації, що надається в умовах реабілітаційного центру, є: усунення депресивного стану у реабілітанта; емоційна та психологічна підтримка; зняття емоційної напруги; визначення та усвідомлення стресових факторів, наявних у житті хворого; аналіз проблемних ситуацій та вироблення способів поведінки в умовах родини та в суспільстві; інформування (вікові та психологічні особливості); об’єктивізація даних тестування в процесі реабілітації, діагностика (додаткове тестування). Використовують такі напрями, прийоми і техніки: символдрама; короткострокова позитивна психотерапія; елементи арт-терапії; музична терапія; консультація, підтримувальна терапія; елементи бібліотерапії; тренінгові ігри.

Складання реабілітаційних програм є невід'ємною частиною при організації реабілітаційно-відновлювального процесу в лікувально-профілактичних установах, реабілітаційних центрах, санаторіях. На всіх етапах реабілітаційної програми передбачається звернення до особистості хворого, поєднання біологічних і психосоціальних форм лікувального відновного впливу.

Реабілітаційні програми сприяють створенню таких умов, коли інвалід відчуватиме себе не об'єктом, а суб'єктом соціально-культурної діяльності. Завданням реабілітаційних проектів є: відновлення можливостей індивіда здійснювати дозвіллєву та рекреаційну діяльність відповідно до своїх інтересів та уподобань; підтримка життєвої та соціально-культурної активності людини; створення сприятливого психоемоційного середовища засобами спілкування та дозвілля; набуття навичок пристосування до нових умов життя; освіта для дорослої людини [2, 4, 15].

Реабілітаційні програми можна поділити за такими напрямами:

– психологічним, що передбачає психологічну підтримку людини з обмеженими можливостями. Основними завданнями таких проектів психолого-реабілітаційного напрямку є відновлення та розвиток інтелектуальних функцій людини, її емоційного стану, навичок психічної саморегуляції, комунікативної культури. Специфічними методами, що використовуються у проектах для інвалідів, є психологічні тренінги (аутотренінг, комунікативний тренінг, тренінг креативності), психотерапія, ігротерапія, бібліотерапія, арттерапія та інше;

– соціально-культурним, який передбачає активізацію та розвиток творчо-художнього потенціалу дітей і дорослих, засвоєння ними цінностей культури та мистецтва.

– професійним, що орієнтується на навчання інваліда трудовим навичкам, поглиблення його професійних знань та знаходження для нього посильної роботи. Освіту інваліда доцільно розглядати як таку сферу діяльності, що сприяє його успішному функціонуванню, зменшує соціальну напругу та забезпечує стабільність й захист людини у кризових життєвих ситуаціях, розкриває для неї реальні перспективи. Основними завданнями освітньої діяльності інвалідів є: розвиток освітньої та загальнодоступної мотивації; поглиблення знань для зростання інформаційної культури та практичної діяльності; формування інтелектуальних та прикладних навичок, вмінь та способів діяльності; розвиток комунікабельності як засобу збагачення стосунків із світом.

– соціально-реабілітаційним, що має на меті вирішення завдань соціалізації особистості з обмеженими можливостями. Занижена самооцінка, що формується в осіб з розумовими та фізичними вадами під впливом негативного ставлення оточуючих, недоступності багатьох можливостей, звичних для здорових людей, соціальної незахищеності, призводить до негативного ставлення до себе як особистості, низької соціальної активності цієї категорії людей, недостатньої освіти, некваліфікованої праці, низького соціального становища.

Відповідно до Постанови КМУ від 23.05.2007 року № 757 індивідуальна програма реабілітації інваліда (ІПР) – комплекс оптимальних видів, форм, обсягів, строків реабілітаційних заходів з визначенням порядку, місця їх проведення, спрямованих на відновлення та компенсацію порушених або втрачених функцій організму і здібностей інваліда та дитини-інваліда.

Індивідуальна програма реабілітації інваліда розробляється відповідно до Державної типової програми реабілітації інвалідів, затвердженої постановою КМУ від 08.12.2006 р № 1686 «Про затвердження Державної типової програми реабілітації інвалідів», для повнолітніх інвалідів – медико-соціальною експертною комісією (МСЕК), для дітей-інвалідів – лікарсько-консультативними комісіями (ЛКК) лікувально-профілактичних закладів.

Індивідуальна програма реабілітації інваліда є обов’язковою для виконання органами виконавчої влади, органами місцевого самоврядування, реабілітаційними установами, підприємствами, установами, організаціями, в яких працює або перебуває інвалід, дитина-інвалід, незалежно від їх відомчої підпорядкованості, типу і форми власності [2, 4, 15].

У разі потреби в оперативному коригуванні індивідуальної програми фахівці реабілітаційних установ можуть змінювати обсяг, строк та черговість проведення реабілітаційних заходів. Контроль за виконанням індивідуальної програми здійснюється в установленому законодавством порядку.

Цілісний підхід до реабілітанта вимагає сприйняття його не як носія комплексу скарг, симптомів і пошкоджень, а як певний соціально-біологічний об’єкт з усією притаманною йому індивідуальної гамою взаємозв’язків із суспільством і його членами.

 У сучасній концепції реабілітація розглядається як комплексний процес, що включає ряд основних аспектів.

1. Медичний аспект – відновлення, корекція або компенсація втрачених і дефіцитних фізіологічних функцій. Засоби реабілітації – науково обґрунтований індивідуальний комплекс різних методів лікування (фармакологічне, хірургічне, фізіотерапевтичне, рефлексотерапевтичне, психотерапевтичне, дієтичне). По мірі збільшення рухової активності пацієнта інтенсивніше активуються механізми саногенезу за рахунок регламентованих лікувальних фізичних навантажень. (Вже на госпітальному етапі реабілітації повинні підключатися психотерапевт, психолог, а також, можливо, педагог).

2. Фізичний аспект – відтворення вихідного або нового (оптимального) рівня рухової дієздатності пацієнта в побуті і досяжною соціальному середовищі. Проводиться починаючи з госпітального етапу реабілітації засобами кінезотерапії (лікувальної фізкультури) як одного з напрямків рефлексотерапії. Послідовне, адекватне та оптимальне застосування лікувальних фізичних навантажень забезпечує цілеспрямований патогенетичний і генералізований (загальний) ефект на організм пацієнта. В результаті стимулюються механізми неспецифічної резистентності, гіпо-сенсибілізації. Сам реабілітант бере участь у корекції порушеного психологічного статусу.

3. Психологічний аспект – корекція психічного статусу пацієнта, зміненого основною патологією для профілактики можливої соматизації порушень психічних функцій пацієнта, адаптації його до колишнього (або нового) побутового і соціального середовища. Корекції може піддаватися нав’язливе почуття ущербності в побутовому, сімейному, професійному, соціокультурному середовищах, різного роду фобії і т.д. В результаті формується психологія впевненості в досягненні віддалених завдань реабілітаційного процесу, створюється стійка мотивація до досягнення його декларованої мети [70].

 У ряді випадків використання психологічних методик спрямовано не тільки на самого пацієнта, але і на осіб його найближчого соціального оточення.

4. Професійний аспект – професійне навчання (перенавчання) і працевлаштування, адекватні сформованого стійкого дефекту фізичних і психічних функцій. Професійна реабілітація базується на аналізі форми і тяжкості патологічного процесу, характеру і ступеня дефіциту функцій, особливостей психологічного статусу і профілю особистості пацієнта, його вихідного освітнього рівня. Професійна освіту осіб з обмеженими фізичними можливостями вимагає нестандартних, специфічних методик і технологій. Працевлаштування такого співробітника можливо в звичайних та спеціалізованих закладах; може вимагати особливого обладнання його робочого місця.

5. Соціально-економічний аспект включає соціально-медичну, соціально-психологічну, соціально-педагогічну, соціально-середову, соціально-побутову форми реабілітації. Їх метою є відтворення втрачених і порушених суспільних зв’язків і відносин пацієнта або формування нових (вимушених), усунення соціальних обмежень, спричинених патологією. Цей аспект є підлеглим по відношенню до попередніх видів реабілітації, доповнюється рядом специфічних форм і засобів (включаючи систематичний патронаж). Ступінь зниження залежності реабілітаційної особистості в задоволенні своїх життєвих потреб від членів сім’ї та соціального оточення є кінцевим критерієм ефективності всієї реабілітаційної програми в цілому.

Здійснення цілісної системи реабілітації (з урахуванням кількості населення, що потребує реабілітації, складності завдань, що стоять перед учасниками цього процесу) можливо тільки в спеціалізованих установах з повномасштабною системою служб і наскрізною програмою заходів для всіх зазначених етапів. Такий підхід дозволить виключити величезні непродуктивні витрати сил, коштів і фінансування, що виникають при зміні етапів, а також між різними галузями системи реабілітації. В основі управління даною системою лежить кількісна оцінка валідних критеріїв ефективності реабілітації.

Методи реабілітації інвалідів носять різноплановий характер.
Одним з найбільш ефективних і допустимих прийомів надання психологічної допомоги інвалідам зі зміни особистісних реакцій, поряд з психологічним діагностуванням і консультуванням, є психологічна корекція та психотерапія.
Психологічна корекція - це комплекс заходів, спрямованих на виправлення і поліпшення психологічних характеристик людини відповідно до певних вимог за рахунок внутрішніх резервів самої особистості. Корекція Соматонозогнозія являє собою систему певної психологічної і фізіологічної функціональної організації інваліда для вироблення психологічного захисту і перебудови його установок щодо захворювання.

Методи корекційної роботи можуть бути орієнтовані або на якусь норму, або на індивідуальні можливості інваліда. Причому корекції піддається емоційна, раціональна або соціально-психологічна сфера відносин. Психокорекційна робота може бути реалізована в різних формах групового або індивідуального впливу: вправи, тренування, ігри, соціально-психологічний тренінг.

Ефективними методами психокорекційної діяльності є: психологічна підтримка - комплекс планових або епізодичних заходів, спрямованих на заохочення позитивних зрушень і результатів поведінки і діяльності інваліда;
психологічний супровід являє собою альтернативний набір заходів в яких проявляється психічна активність особистості в присутності та за підтримки фахівця; психологічне навіювання – безальтернативне вказівку на цілком певний порядок поведінки і діяльності відповідно до норми; соціально-психологічне упередження – комплекс організаційних і групових заходів, спрямованих на створення сприятливих умов соціальної взаємодії особистості.

Основними принципами психологічної реабілітації є: принцип партнерства; принцип різноплановості зроблених зусиль; єдність психологічних, соціально-психологічних і соціальних методів впливу; поступовість і ступінчастість реалізації реабілітаційних заходів; досягнення поліпшення їм стабілізації психологічного здоров'я хворого. В даний час реабілітаційні проблеми вирішуються як би в двох площинах: вивчення всього спектра вимог до інвалідності і вивчення можливостей суспільства задовольнити потреби інвалідів. Тому реабілітація – це суспільно необхідна соціально-трудове відновлення хворих та інвалідів, яке передбачає створення оптимальних умов для активної участі інвалідів у житті суспільства і повернення потерпілого до праці [15, 60].

Психологічна реабілітаціяяк психологічна інтервенція, здійснювана з метою реабілітації, є психотерапевтичною інтервенцією і відповідає терміну психотерапії. Аналіз основних теоретичних підходів до психологічної допомоги у вітчизняній і зарубіжній психології показав наступне. У всіх розглянутих нами теоретичних і практичних підходах до психотерапевтичної та психокорекційної допомоги особистості, так чи інакше, досліджується вплив методів психологічного впливу на відхилення в самосвідомості особистості. Слід зазначити, що якщо в зарубіжній психології не виробляється чіткого розмежування між психотерапією і психологічною корекцією, то у вітчизняній психології прийнято розрізняти психотерапію, як систему методів лікувального впливу на осіб з тими чи іншими психічними захворюваннями, і психологічну корекцію, як систему методів профілактики та корекції порушень психічної діяльності, що не мають характеру вираженої психічної патології.

Незважаючи на відмінності в поглядах на теорію і практику психологічної допомоги загальним для всіх авторів є виділення в якості найважливішої складової психологічного впливу на особистість, як при індивідуальній, так і при груповій формах роботи, терапевтичного впливу на переживання і уявлення особистості, пов'язані з відносинами до себе у своїй співвіднесеності з навколишнім світом [21, 65].

Психологічний аспект індивідуальної програми реабілітації інваліда включає в себе комплекс заходів, що спрямовані на вивчення характеру і виразність психоемоційних порушень, які часто розвиваються при захворюваннях, та проведення їх лікування. Основною задачею психологічного аспекту індивідуальної програми реабілітації є підвищення реабілітаційного потенціалу особистості хворого – створення максимальних передумов прийняття реабілітантом оптимальних рішень та дій про досягнення мети, яка передбачена ІПР.

Спочатку оцінюють реабілітаційний потенціал особистості хворого. З цією метою оцінюються особистісні особливості реабілітанта, стан його психічних процесів та внутрішня картина хвороби. При високому реабілітаційному потенціалі та у хворих з гармонічним типом реагування на хворобу заходи по психологічній реабілітації в ІПР, як правило, не плануються. Це пов’язано з тим, що реабілітанти (хворі та інваліди) потребують в основному медичної та соціальної реабілітації і зроблять все можливе для своєї реабілітації. У тих же випадках, коли має місце низький або значно знижений реабілітаційний потенціал хворого або коли реабілітант не здібний або не має наміру розширяти сфери життєдіяльності (наприклад, при схильності до алкоголізації або стійкій алкоголізації та інших наркоманіях) заходи психологічного аспекту реабілітації повинні бути спрямовані не лише на корекцію внутрішньої картини хвороби, на досягнення кінцевої мети реабілітації, а й на боротьбу із захворюванням. Тільки у дуже виражених випадках ( як алкоголізму та наркоманії) заходи психологічного аспекту ІПР не плануються через їх малу ефективність. Крім цього, таким реабілітантам обмежують медичні та соціальні заходи такими, що не потребують яких-небудь значних зусиль. У випадках помірного реабілітаційного потенціалу хворого проводиться вивчення причин такого зниження і психокорекційна робота, що спрямована на їх усунення. Для таких осіб психокорекційна робота є особливо значущою.

При проведенні корекції внутрішньої картини хвороби психолог намагається формувати у хворого адекватне ставлення до хвороби (обмеженим можливостям, особливим потребам) та раціональну реакцію на зміни життєдіяльності, які викликані хворобою або наслідками травми. При цьому проводиться корекція аутопсихологічної картини хвороби з урахуванням фази переживання її в часі та можливої амбівалентності такого переживання. В залежності від нозологічної форми захворювання та ступеня виразності функціональних порушень, від особливостей особистості і від соціальної ситуації, що склалася, хворого (інваліда) орієнтують на «пряму» або «непряму» компенсацію порушення стану здоров’я, що має місце у реабілітанта [48, 62].

Проведення корекції стану фрустрації часто здійснюється в рамках встановлення оптимального контакту з хворим (інвалідом) під час виправлення внутрішньої картини хвороби (наприклад, при виявленні реальних перспектив перебігу захворювання і можливостей повної або часткової реабілітації), але може виступати і як самостійна задача психокорекційної роботи. В проведенні корекції стану фрустрації досить ефективно допомагають так звані «групи підтримки» в рамках різних об’єднань інвалідів, коли індивідуальний, позитивний досвід вирішення різних проблем життя стає доступним для тих хворих, які вперше стали інвалідами. Ці «групи підтримки» сприяють не лише зниженню фрустрації, але й зниженню тривоги.

Особливої уваги потребує корекція мотиваційної сфери хворого (інваліда). Ця робота спрямована на розширення і оптимізацію мотивацій реабілітанта. При цьому в кожному конкретному випадку у відповідності з реальною особистісною перспективою піддаються корекції рівень претензій і самооцінка. В зв’язку зі змінами життєвого стереотипу (обмеження життєдіяльності, можливе перенавчання, зміна сімейної ситуації та ін.) відбувається переоцінка життєвих цінностей. Цінності, ідеали, установки реабілітанта, особливості його самооцінки, рівня його претензій, шкали цінностей, які мали місце до хвороби (інвалідності), можуть бути використані для підкріплення мотивацій на довготривалу й активну реабілітаційну роботу [34, 37, 40].

Одним із впливів на мотиваційну сферу реабілітанта є профорієнтація. Вона передбачає комплексний підхід, уважний облік психологічних (мотиваційних, «хочу») факторів, соціальної ситуації регіону («потрібно», можливе працевлаштування) та можливостей інваліда (сфера «можу» та ін.).

При правильно спланованій та проведеній психологічній корекції хворого (інваліда) відбувається оптиматизація мотиваційного, інтелектуального та емоційно-вольового аспектів реабілітаційного потенціалу особистості реабілітанта, який активно включається до реабілітаційного процесу.

Оскільки у хворого (інваліда) при захворюванні або дефекті змінюються соціально-психологічні ставлення, то їх корекція зводиться до підсилення адекватних (психологічних) реакцій особистості, профілактику формування патопсихологічного реагування і підвищення реабілітаційного потенціалу найближчого соціуму (сім’ї та ін.). Ефективність психологічного аспекту ІПР оцінюється, як правило, опосередковано – через досягнення кінцевої мети медико-біологічних та соціальних заходів.

Серед особливостей особистості хворої людини у формуванні внутрішньої картини хвороби особливу увагу слід звернути на вік хворого. Наприклад, у дітей в аутопластичній (внутрішній) картині захворювання переважають не інформативна або вольова, а емоційна і больова сторони. Страх, незнайомі люди, що оточують дитину, малозрозумілі маніпуляції з нею, біль - ось що є основним в переживанні їх хвороби. У літньому віці на перший план у внутрішній картині хвороби знову виступає її емоційна сторона – страх самотності і страх смерті.

При інвалідності, що розвилася в середньому, трудовому віці, больова сторона внутрішньої картини хвороби зазвичай затушовується і на перший план виступає інформативний аспект – розуміння хворим перебігу захворювання та наслідків хвороби, причому переважають не так опасіння за порушення здоров'я, скільки тривога за можливі соціальні наслідки захворювання, такі як зміна роботи і спеціальності, зменшення заробітку, встановлення групи інвалідності, розлад у родині і т. д. Цей віковий аспект формування внутрішньої картини хвороби повинен знати і враховувати фахівець з реабілітації.

Крім характеру хвороби, особливостей особистості і віку, на формування внутрішньої картини хвороби і відношення до інвалідності впливає та соціальна психологічна ситуація, в якій розвивалося захворювання. Перехід на нову роботу, можливість зниження по службі, загроза звільнення, скорочення, отримання травми на виробництві або встановлення факту професійного захворювання – всі ці умови активно беруть участь в розробці особистістю аутопластичної картини хвороби.

Таким чином, підбиваючи підсумки, необхідно ще раз вказати, що внутрішня картина хвороби, «модель», створена самим хворим і залежить від багатьох факторів, може обумовлювати прогноз, активно брати участь у формуванні якогось з компенсаторних механізмів і в кінцевому рахунку – впливати на процес інвалідизації, а також вибір шляхів і можливості реабілітації.

**Особливості психічної адаптації осіб з інвалідизуючими захворюваннями**

Чисельність людей з проблемами здоров'я росте з року в рік. Цьому сприяє синтез найрізноманітніших чинників. Збільшення чисельності людей з обмеженими можливостями ставить перед суспільством проблему їх адаптації і соціалізації. Серед них нам хочеться розглянути особливості чинника психічної адаптації.

Адаптацію можливо визначити двояко:

а) як стан, в якому потреби індивіда, з одного боку, і вимоги середовища – з іншою повністю задоволені. Цей стан гармонії між індивідом і природним або соціальним середовищем;

б) процес за допомогою якого цей гармонійний стан досягається. Адаптація як процес набуває форми зміни середовища і змін в організмі шляхом застосування дій (реакцій відповідей), що відповідають цій ситуації.

На процес психічної адаптації інвалідів робить негативний вплив патологічний стан їх фізичного здоров'я. Причому особливо згубну дію на психіку чинять довічно отримані травми і каліцтва, хронічні хвороби.

Саме тому існують такі протилежні по своєму змісту акцентуації особи у людей наприклад з ішемічною хворобою серця і, приміром, людей зі спинномозковими травмами. Якщо розглядати акцентуацію інвалідів приблизно однакових по своїх фізичних можливостях або схожих нозологіях, то спостерігаються м'якші форми акцентуації характеру, чим у осіб зі спинно-мозковими травмами. Це пов'язано з особливостями розвитку внутрішньої картини хвороби (ВКХ).

Для пояснення цього явища необхідно пояснити, як співвідносяться внутрішня картина хвороби і внутрішня картина здоров'я (ВКЗ). Як відомо концепцію ВКЗ запропонував Р.А. Лурия в 1947. Спираючись на неї, різні автори пропонували свою класифікацію цього явища.

Відношення до хвороби формується на базі існуючої ВКЗ. При цьому здоров'ї оцінюється особою як форма комфортного існування в суспільстві. У інвалідів розвивається почуття образи на весь світ за їх фізичний стан. Подібні варіанти розвитку ВКЗ можна спостерігати при інших придбаних захворюваннях. Саме тому спостерігається така велика різниця в структурі акцентуації особи пацієнтів різних нозологічних груп.

Ми дійшли висновку, що для інвалідів психологічне благополуччя більшою мірою залежить від наявності соціальної підтримки і задоволеності нею, чим у умовно здорових (УЗ); потреба в соціальній підтримці більше виражена, ніж у УЗ. При цьому вона не завжди адекватно усвідомлена і не будь-яка форма соціальної підтримки може цю потребу задовольнити.

Виходячи з вище за сказане, можна виділити декілька чинників, що впливають на адаптацію людини: характер захворювання і час його початку; особливості розвитку особистості інваліда; характер захворювання або патології: природжене або придбане. Але поєднання цих чинників можуть як позитивно, так і негативно відбиватися на адаптації людини.

Можна виділити ряд факторів, які обумовлюють наявність характерних порушень соціально-психологічної адаптації та, отже, необхідність соціально-психологічної реабілітації для осіб, що мають інвалідність:

• по-перше, наявність у значної кількості інвалідів різноманітних розладів, порушень і дисгармоній психічної сфери, які виступають в ролі своєрідних бар'єрів щодо можливості їх повноцінного соціальної інтеграції, тобто у них страждають власне психологічні механізми соціалізації. Дана обставина здатне приводити до так званої патологічної адаптації даних осіб;

• по-друге, реальні зміни соціального статусу, а в ряді випадків – соціальних ролей, обумовлені інвалідністю, припускають підвищення вимог до механізмів гнучкості, пластичності психологічної адаптації, без яких провокується виникнення стану хронічного дистресу, що може погіршити і стан фізичного здоров'я.

У той же час, різноплановість і різноманіття факторів, що детермінують специфіку порушень соціально-психологічної адаптації, а також потреба різних контингентів інвалідів в соціально-психологічної реабілітації, акцентує увагу на необхідності суворого індивідуального підходу у визначенні її цілей і завдань, її тактики. Тоді як методичні прийоми – методи і форми оптимізації соціально-психологічної адаптації, тобто в результаті – соціально-психологічної реабілітації в силу їх принципової універсальності, можуть залишатися незмінними.

Значна кількість осіб нездатних самостійно адаптуватися та інтегруватися в суспільство в певному соціальному статусі (після втрати або у зв'язку з невстановленою інвалідністю) являє собою тривожний факт. Він вимагає розвитку саме психологічних реабілітаційних технологій, які враховують психологічну травматизацію людей, які переживають втрату (зміну) статусу як значну втрату і кризу, розвитком реабілітаційної бази в цілому. Позначається нерозуміння необхідності підключати фахівців з психологічної реабілітації вже на етапі лікування, з метою формування активних особистісних установок до своїх змінених умов, можливостей, установками на досягнення максимальної незалежності, психологічної комфортності, і розширення спектра адаптивних стратегій поведінки в цілому.

Дослідження соціально-психологічної адаптації хворих виявило їх установки, що формують певне суб'єктивне ставлення до інвалідності, внаслідок свого нездоров'я. Дезадаптовані хворі характеризуються залежними формами поведінки, «незрілими» особистісними тенденціями, орієнтованими на зовнішні взаємодії, відсутністю прийняття свого соціального статусу. Дезадаптовані пацієнти сприймають себе соціально недостатніми. Вони характеризуються недиференційованим сприйняттям категорій «хвороба» і «інвалідність», нерозумінням незворотності в ряді випадків статусу «інвалід». У них відзначається неадекватна оцінка свого «рівня інвалідності» і високий ступінь рольової ідентифікації з позицією «я інвалід». При цьому у внутрішньому світі і в поведінці домінує мотив «зануреняя у хворобу і інвалідність».

Найважливішою відмінною ознакою успішної адаптації особистості, при наявності тяжкого захворювання, є проблемно-вирішальна поведінка, орієнтована на переосмислення і прийняття своїх умов, що змінилися, можливостей, а також самореалізацію в нових життєвих умовах. За результатами статистичних даних (на основі, кореляційного і факторного аналізу) провідними адаптаційними ресурсами є такі індивідуально-психологічні характеристики: стійкість емоційно-вольової сфери; позитивна самооцінка; відсутність алекситимії; інтернальність; інтегрована ідентичність; риси активності, домінування; гармонійна система відносин; адекватне суб'єктивне ставлення до інвалідності; різноманіття потребнісно-мотиваційної сфери; використання адаптивних впорядкованих стратегій; відсутність напруженості захисних механізмів.

До адаптаційних ресурсів особистості відносяться також такі соціально-середові характеристики як наявність сім'ї, дітей; наявність професійної діяльності; рівень отриманої освіти (вища, професійна освіта); фактичний дохід, що перевищує прожитковий мінімум; доступність соціальної інфраструктури. Полімодальні зміни стану особистості, пов'язані з індивідуальним і установками і суб'єктивним сприйняттям своєї соціальної недостатності та інвалідності, отримали відображення в психологічному терміні «внутрішня картина інвалідності» (ВКІ). Вона представлена на емоційному, когнітивному і мотиваційному рівні, і на відміну від «внутрішньої картини хвороби» (ВКХ) має різну ступінь зворотності. Внутрішня картина інвалідності має динамічність, що робить її соціально значущою, так як наслідки інвалідності для людини в соціально-психологічному плані завжди значніші, ніж наслідки хвороби. Це пов'язано з виникненням при інвалідності обмежень в різних сферах життєдіяльності людини і формуванням його соціальної недостатності.

Отже, розвиток реабілітаційних технологій в заданому ключі, орієнтованих на корекцію і формування адаптивних особистісних установок, доступність різних ресурсно-розвиваючих видів психологічної допомоги та підтримки, забезпечить психологічну готовність людини до змін. Це можливо за рахунок здобуття психоемоційної стабільності, розуміння нового себе, своїх умов, що змінилися, можливостей і свого місця в житті. Подальший розвиток реабілітаційних технологій послужить більш успішній інтеграції в суспільне соціально-економічне життя значної кількості осіб з обмеженнями здоров'я, які не є інвалідами, але вважають себе такими.