

**МІНІСТЕРСТВО ВНУТРІШНІХ СПРАВ УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ВНУТРІШНІХ СПРАВ**

*Факультет № 6
Кафедра соціології та психології*

ТЕКСТ ЛЕКЦІЇ

з навчальної дисципліни «Психодіагностика»
обов'язкових компонент
освітньої програми першого (бакалаврського) рівня вищої освіти

053 Психологія (практична психологія)

Тема №18. Діагностика емоційно-вольової сфери особистості.

Харків 2023

ЗАТВЕРДЖЕНО

Науково-методичною радою
Харківського національного
університету внутрішніх справ
Протокол від 30.08.2023 № 7

СХВАЛЕНО

Вченою радою факультету № 6
Протокол від 25.08.2023 № 7

ПОГОДЖЕНО

Секцією Науково-методичної
ради ХНУВС гуманітарних та
соціально- економічних дисциплін
Протокол від 29.08.2023 № 7

Розглянуто на засіданні кафедри соціології та психології (протокол №8 від 15.08.2023)

Розробник:

Доцент кафедри соціології та психології, кандидат психологічних наук, доцент
Твердохвалова Ю.Л.

Рецензенти:

1. Професор кафедри психології Харківського національного педагогічного університету імені Г.С. Сковороди, доктор психологічних наук, професор, Кузнєцов М.А.
2. Доцент кафедри соціології та психології факультету № 6 Харківського національного університету внутрішніх справ, кандидат психологічних наук, доцент Греса Н.В.

План лекції

1. Основні психологічні засоби діагностики психічних станів.
2. Методики визначення психофізіологічних показників.
3. Методики визначення поведінкових проявів.

Література

Основна:

1. Бурлачук Л. Ф. Психодіагностика / Л. Ф. Бурлачук. - СПб.: Питер, 2006. - 351с.
2. Галян І. М. Психодіагностика / І. М. Галян. - К.: Академвидав, 2009. - 464 с.
3. Акімова М. К. Психодіагностика / М. К. Акімова. - СПб.: Питер, 2005. - 652с.

Допоміжна:

1. Моргун В. Ф., Тітов І. Г. Основи психологічної діагностики / В. Ф. Моргун, І. Г. Тітов. - К.: ВД «Слово», 2012. - 464с.
2. Общая психодіагностика / Под ред. А. А. Бодалева, В. В. Столина. - М.: Изд-во Моск. ун-та, 1987. - 564с
3. Самошкіна Л. М. Психодіагностика / Л. М. Самошкіна, В. І. Лазаренко. - Психодіагностика. - Д.: РВВ ДМУ, 2001. - 44с.

Текст лекції

Вступ

Задача діагностики психічних станів і на даний час залишається актуальною, бо підвищення рівня працездатності ми пов'язуємо з оптимізацією психічного стану. У психологічній практиці діагностика психічних станів зазвичай здійснюється на основі оцінки різноманітних психологічних ознак, які відображають рівень переживань суб'єкта, стан психофізіологічних якостей та його активність. Діагностика основних емоційних станів серед яких:

- радість;
- гнів;
- смуток;
- страх;
- подив;
- відраза;

і функціональних станів, які пов'язані з рівнем пильнування й уваги, поділяються на наступні види:

- 1 — сон;
- 2 — дрімота;
- 3 — спокійне пильнування;
- 4 — активна увага;
- 5 — напружена увага, тривога, стресова мобілізація;
- 6 — стомлення;

найбільш об'єктивно здійснюється за допомогою психофізіологічних методик реєстрації вегетативних проявів:

- частоти пульсу;

- подиху;
- електроенцефалограми мозку та інші

у поєднанні з методиками суб'єктивного оцінювання випробуванням свого психічного стану, самопочуття й настрою, із проєктивними методиками (Люшера, Роршаха, Сонді та ін.).

Питання 1.

ЕМОЦІЇ (від лат. *emoveo* - потрясаю, хвилюю), переживання людиною її відношення до оточуючого світу і самого себе. Емоції мають прояви у вигляді задоволення, радощів, страху і т.п. Вони служать одним з головних механізмів внутрішньої регуляції психічної діяльності і поведінки, спрямованих на задоволення актуальних потреб. В екстремальних умовах сильні емоції, що бурно протікають носять назву **афектів**. Довготривалий, відносно рівний і не яскраво виражений емоційний стан носить назву **настрій**. В залежності від характеру потреб (вітальні, або біологічні; соціальні; ідеальні) виділяють відповідні ним групи емоційних реакцій що виникають у зв'язку із задоволенням (або незадоволенням) цих потреб. По характеру взаємодії суб'єкта з об'єктами задоволення його потреб виділяють 4 пари основних емоцій: задоволення - відраза; радість - горе; впевненість - страх; торжество - лють.

Емоції виконують також функцію підкріплення. Установлено, що без участі емоцій не відбувається засвоєння нових навичок. В психіці людини ні свідомість, ні воля не є безпосередніми регуляторами емоцій. Втручання свідомості в сферу мотивів можливо шляхом отримання індивідом інформації про засоби та способи задоволення його актуальних потреб, веде до виникнення відповідних емоцій.

Емоційна сфера проявляється в наступних структурних елементах:

1. Динамічні особливості почуттів та індивідуальні варіації. В їх основі лежать особливості темпераменту (якість, швидкість виникнення почуттів, сила та стійкість до певного виду переживань).

2. Емоційні риси характеру - це особистісні стереотипи емоційного реагування на типові життєві ситуації (чуйність, тривожність, агресивність, деспотичність).

3. Загальна емоційна спрямованість. Вважається, що емоції виступають в ролі оцінки цінностей і визначають найважливіші життєві прагнення.

Типи емоційної спрямованості:

1). Альтруїстичний тип – переживання потреби у співпереживанні, допомозі, заступництві.

2). Комунікативний – переживання потреби у спілкуванні, бахання ділитися думками, виражати захоплення, симпатію.

3) Практичний – переживання, викликані діяльністю, успішністю та неуспішністю її виконання.

4) Гностичний – переживання цінності пізнання.

5) Романтичний – прагнення до всього незвичайного, таємного.

6) Естетичний – потреба у переживанні насолоди прекрасного.

7) Глоричний – потреба у самоствердженні, славі, визнанні.

8) Акізітивний – переживання насолоди від накопичення, колекціонування, що виходить за межі практичної потреби.

9) Гедонічний – переживання потреби в душевному, тілесному комфорті.

Діагностика тривожності

Тривожність – це особливий емоційний стан, який часто виникає у людини, і який виражається в підвищеній емоційній напрузі, супроводжується страхами, опасаннями, переживаннями, що стримують нормальну діяльність людини та її спілкування з іншими. Тривожність досить стійка властивість. Доказано, що існує два види тривожності: особистісна та ситуаційна.

Особистісна тривожність – це індивідуальна риса особистості, яка відображає схильність до негативних емоційних реакцій на різні життєві ситуації, що несуть загрозу для її Я. Особистісна тривожність – це стабільна схильність людини реагувати на соціальні ситуації підвищеною тривогою та хвилюваннями.

Ситуаційна тривожність визначається як тимчасовий стан, який викликаний певною життєвою ситуацією, що породжує тривожність і не виникає в інших ситуаціях. Цей стан виникає як звична емоційна та поведінкова реакція на подібні ситуації (розмови по телефону, екзамени, зустріч з незнайомими людьми, людьми протилежної статі тощо).

У кожної людини особистісна та ситуативна тривожність розвинені в різному ступеню.

Для діагностики цих різновидів тривожності використовують опитувальник **Ч.Спілбергера та Ю.Ханіна «Шкала самооцінки тривожності»**.

Текст методики можна зачитувати експериментатору, або пред'являти досліджуваному на бланках. Текст складається з 2 шкал по 20 стверджень в кожній.

I частина опитувальника (з 1 по 20 ствердження) передбачає на кожне вибір одного з 4 варіантів відповіді: 1) ні, 2) скоріше ні, 3) скоріше так, 4) так.

Для II частини (з 21 по 40) варіанти відповідей інші: 1) майже ніколи, 2) іноді, 3) часто, 4) майже завжди.

Інструкція надається спочатку для першої частини тесту, а потім для другою з варіантами відповідей.

Обробка даних відбувається шляхом підрахунку суми чисел на ствердження: 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18 – $\Sigma 1$, потім суму цифр на ті ствердження, що залишились: 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20 – $\Sigma 2$.

Потім підраховується показник рівня ситуативної (реактивної) тривожності:

$$СТ = \Sigma 1 - \Sigma 2 + 35.$$

Аналогічно підраховується рівень особистісної тривожності:

$$ОТ = \Sigma 1 - \Sigma 2 + 35,$$

де $\Sigma 1$ – сума цифр відповідей на ствердження: 22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38, 40, а $\Sigma 2$ – сума інших: 21, 26, 27, 30, 33, 36, 39.

Менше 30 балів – показник низької тривожності,

31 – 45 – помірна тривожність,
46 і більше – висока тривожність.

Коли у нас поганий настрій, активність наша починає падати, а результатом цього може стати погане самопочуття. Що само по собі настрою не покращить. Виникає замкнене коло.

Основні психологічні засоби діагностики психічних станів

Основним психологічним засобом діагностики психічних станів є розв'язання коротких тестових процедур, які характеризують ефективність різних психічних процесів при вирішенні відповідних поведінкових задач. Виходячи з цього, проблема оцінки психічних станів виступає як типова психометрична задача — описати і кількісно оцінити зрушення в досліджуваних психологічних процесах, які відбуваються під впливом особливостей умов праці.

Для цілісної діагностики психічних (емоційних) станів їх вивчення потрібно здійснювати на зазначених рівнях прояву, а методики, які використовуються для діагностики психічних станів, належать до 3 груп:

- методики визначення психофізіологічних показників;
 - дослідження показників психічних функцій;
 - методики визначення суб'єктивного стану;
 - методики визначення поведінкових проявів.
- **Питання 2.**

Методики визначення психофізіологічних показників

Ця група методик є найбільш об'єктивною щодо діагностики психічних станів і здійснюється за допомогою реєстрації вегетативних проявів:

- частоти серцевих скорочень;
- дихання;
- шкірно-гальванічних реакцій;
- електроенцефалограми мозку та ін.

Вказані діагностичні показники здебільшого отримують за допомогою психофізіологічних методик з використанням приладів. Однак, це не самі поведінкові реакції, а їх фізіологічні індикатори. Це опосередкований вид діагностики. Ці методики найчастіше використовуються для діагностики функціонального стану людини. У зв'язку з тим, що цей клас методик для свого використання вимагає спеціально обладнаних лабораторій, він має обмежене застосування.

Дослідження показників психічних функцій.

Для діагностики станів може бути використана практично будь-яка із розроблених в експериментальній психології методик, які оцінюють ефективність процесів пам'яті, уваги, сприймання тощо, але головне, щоб вони були професійно значущими. До їх числа можна віднести коректурну пробу з кільцями Ландольта, таблиці Шульте, які використовуються для характеристики уваги, комбінаційний метод Еббінгауза, метод парних асоціацій, методики безперервного рахунку Крепеліна, призначені для аналізу інтелектуальних процесів, методики оцінки слухової та оперативної пам'яті. Перераховані тести в їх численних модифікаціях широко використовуються в сучасній діагностичній практиці. Вони вважаються достатньо ефективними і складають основний

арсенал засобів, які використовуються психологами.

Методики визначення суб'єктивної оцінки стану

Доцільність застосування в діагностичних цілях суб'єктивних методик для оцінки психічних станів, пояснюється різноманітністю проявів симптоматики різних внутрішніх станів у житті людини. На сьогодні серед багатьох вчених достатньо поширена думка про інформативність суб'єктивних даних, хоча ця галузь досліджень тривалий час знаходилась поза науковими розробками. На формування комплексу суб'єктивних переживань прямий вплив мають такі фактори, як установка суб'єкта і його навички саморефлексії, ступінь усвідомлюваності симптомів та часу їх появи, мотивація, значимість діяльності, індивідуальні особливості людини

Паралельно з розробкою теоретичних положень йде інтенсивна розробка конкретних методик суб'єктивної оцінки психічних станів. Швидше за все як об'єкт діагностики виступає втома. Існують також суб'єктивні методики оцінки стану монотонії, різних форм тривожності, переживань стресу. Розробка даної групи методик йшла шляхом ретельного вивчення симптоматики досліджуваних станів, і було виділено два основні методичні напрями їх вивчення:

- метод опитування;
- метод шкалування суб'єктивних переживань.

Опитувальники

Ця група методів спрямована на виявлення якісно різнорідних переживань стану, які більшою чи меншою мірою можуть бути усвідомлені людиною. Виділені симптоми входять до складу опитувальника у вигляді розгорнутих словесних формулювань, які мають стверджувальну форму або форму запитання. Характеристика стану людини будується на основі загального числа зазначених симптомів та аналізу їх якісної своєрідності. До труднощів, які виникають при використанні опитувальників в діагностичних цілях, належать:

- відсутність адекватних прийомів кількісної оцінки отриманих результатів;
- сумарна оцінка загального числа відмічених симптомів — надто грубий показник, особливо якщо при цьому не враховується порівняльна значимість присутності тієї чи іншої ознаки;
- в опитувальниках, зазвичай, не визначається ступінь вираженості кожного симптому.

Названі недоліки значно компенсуються за допомогою методик суб'єктивного шкалування стану.

Опитувальники суб'єктивного шкалування

Ця група методик призначена для більш тонкої оцінки стану. Обстежуваного просять співставити свої відчуття з рядом ознак, формулювання кожної із яких максимально стисле. Вони представлені, зазвичай, парою полярних ознак. Передбачається, що людина здатна оцінити ступінь вираженості кожного симптому, співставляючи інтенсивність внутрішнього переживання із заданою оціночною шкалою.

Для оцінки суб'єктивного стану, зазвичай, використовується тест диференційованої самооцінки втомі запропонований В.А. Доскіним та

співавторами, який ґрунтується на попередньому виділенні основних компонентів психічних станів. Автори вважають, що психічні стани всебічно характеризуються за допомогою трьох категорій ознак: *самопочуття*, *активності* та *настрою (САН)* та інтегральної оцінки суб'єктивного стану. Кожна із категорій представлена десятима полярними ознаками, ступінь вираженості яких встановлюється за 7-ми бальною шкалою. При цьому діагностика стану базується не тільки на абсолютних оцінках ознак стану, які знижуються при втомі, але ж і на показниках їх співвідношення. У людини, яка відпочила, всі три категорії ознак оцінюються близькими цифрами. З наростанням втоми збільшується їх дивергенція за рахунок більшого зниження показників самопочуття та активності у порівнянні з суб'єктивною оцінкою настрою. Така інформація є корисною для більш тонкої диференціації станів.

Методика діагностики оперативної оцінки самопочуття, активності й настрою (САН) — різновид опитувальників станів і настроїв. Розроблений Б. Доскіним, Н.Лаврентьевою та ін. у 1973 р. САН є картою (таблицею), яка містить 30 пар слів, які відображають досліджувані особливості психоемоційного стану (*самопочуття*, *настрій*, *активність*). Кожну з них представляє 10 пар слів. На бланку обстеження між полярними характеристиками розташовується рейтингова шкала. Треба в кожній парі відмітити ту цифру, яка відповідає тому рівню відповідної характеристики, яка найбільш точно описує стан.

Тест (карта/таблиця) з питаннями

1	Самопочуття хороше	3 2 1 0 1 2 3	Самопочуття погане
2	Відчуваю 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	Рухомий
5	Веселий	3 2 1 0 1 2 3	Сумний
6	Гарний 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	Знесилений
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	Нещасний
12	Життєрадісний	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	Байдужий	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	Відпочилий	3 2 1 0 1 2 3	Втомлений
20	Свіжий	3 2 1 0 1 2 3	Зморений
21	Сонливий	3 2 1 0 1 2 3	Збуджений
22	Бажання відпочити	3 2 1 0 1 2 3	Бажання працювати
23	Спокійний	3 2 1 0 1 2 3	Заклопотаний

Запитання на:

- *самопочуття* — під номерами 1, 2, 7, 8, 13, 14, 19, 20, 25, 26;
- *активність* — під номерами 3, 4, 9, 10, 15, 16, 21, 22, 27, 28;

- *настрій* — під номерами 5, 6, 11, 12, 17, 18, 23, 24, 29, 30.
- Обробка даних.

При підрахунку крайня ступінь вираженості негативного полюсу пари оцінюється в 1 бал, крайня ступінь вираженості позитивного полюсу пари в 7 балів. При цьому потрібно враховувати, що полюси шкал постійно змінюються, але *позитивні* стани завжди отримують позитивні високі бали, а *негативні* — низькі. Отримані бали групуються у відповідності з ключем в 3 категорії і підраховують кількість балів по кожній із них.

- *Самопочуття* (сума балів за шкалами): 1, 2, 7, 8, 13, 14, 19, 20, 25, 26.
- *Активність*: 3, 4, 9, 10, 15, 16, 21, 22, 27, 28.
- *Настрій*: 5, 6, 11, 12, 17, 18, 23, 24, 29, 30.

Отримані результати по кожній категорії ділять на 10. Середній бал шкали дорівнює 4. Оцінка, яка перевищує 4 бали говорить про сприятливий стан досліджуваного, оцінка нижче 4 свідчить про зворотне. Нормальна оцінка стану лежить в діапазоні 5,0 — 5,5 балів. Важливо врахувати, що при аналізі

функціональних станів важливі не тільки значення окремих показників, а і їх співвідношення.

При розробці методики автори виходили з того, що три основні складові функціонального психоемоційного стану — самопочуття, активність і настрої можуть бути охарактеризовані полярними оцінками, між якими існує континуальна послідовність проміжних значень. Однак отримані дані про те, що шкали САН мають надмірно узагальнений характер. Факторний аналіз дозволяє виявити більш диференційовані шкали: «самопочуття», «рівень напруженості», «емоційний фон», «мотивація» (А.Б. Леонова, 1984). Конструктна валідність САН встановлювалася на підставі зіставлення з результатами психофізіологічних методик.

САН знайшов широке застосування при оцінці психічного стану хворих і здорових осіб, психоемоційної реакції на навантаження, для виявлення індивідуальних особливостей і біологічних ритмів психофізіологічних функцій.

Малюнковий тест фрустрацій Розенцвейга(має дитячий та дорослий варіант). Стимульний матеріалом є малюнки. Оцінюються особливості поведінки людини при виникненні перешкод на шляху досягнення мети (фрустрація потреби). Крім уяви та перцепції, в якості індикаторів мотиву автор використав принцип співвідношення мотиву і перешкоди.

Схема інтерпретації (під впливом психоаналізу) виділяє три типи спрямованості реакції: а) **екстрапунітивна** (провина за ситуацію приписується іншим, засуджується зовнішня причина фрустрації, підкреслюється ступінь фруструючої ситуації); б) **інтрапунітивна** (провина за ситуацію приписується собі, фруструюча ситуація не засуджується або досліджуваній ситуацію сприймає як корисну для себе); в) **імпунітивна**(ситуація розглядається як щось незначне або неминуchoю, звинувачення себе або інших відсутнє).

Реакції досліджуваних розрізняються також з точки зору їх *муніє*:

1. З фіксацією на перешкоді (OD) – перешкоди фіксуються незалежно від того, як вони розцінюються: сприятливо, незадовільно або як незначні.

2. 3 фіксацією на самозахисті (ED) – активність у формі осудження когось, заперечення або визнання особистої провини, відповідальність за фрустрацію нікому не приписується.

3. 3 фіксацією на задоволенні потреби (NP). Постійна потреба знайти конструктивне рішення, або вимагати від інших задоволення потреби, або прийняття відповідальності на себе, або віра, що все рішиться само собою.

Для визначення спрямованості реакції користуються буквами:

Е – екстрапунітивні реакції,

І – інтрапунітивні реакції.

М – імпунітивні реакції.

Комбінація реакцій виглядає таким чином:

Е' – екстрапунітивна реакція з фіксацією на перешкоді: «Як це неприємно».

І' – інтрапунітивна реакція з фіксацією на перешкоді: «Я зовсім не забруднився» (суб'єкт підкреслює, що неприємно втручати у ситуацію іншу особу).

М' – імпунітивна реакція з фіксацією на перешкоді: «Нічого не сталося, він трохи забризканий водою» (рис.31).

Е - екстрапунітивна реакція з фіксацією на самозахисті: «Який ви незграба!»

І - інтрапунітивна реакція з фіксацією на самозахисті: «Звичайно, мені потрібно було залишитися на тротуарі»

М - імпунітивна реакція з фіксацією на самозахисті: «Нічого особливого»

е - екстрапунітивна реакція з фіксацією на задоволенні потреб: «Вам прийдеється його чистити»

і - інтрапунітивна реакція з фіксацією на задоволенні потреб: «Я сам почищу»

м - імпунітивна реакція з фіксацією на задоволенні потреб: «Нічого, висохне»

Екстрапунітивна реакція самозахистного типу в ситуації звинувачення – Е __: «Але вона стояла на такому хиткому столику» (рис. 32).

Інтрапунітивна реакція самозахистного типу в ситуації звинувачення – І __: «Вибачте, я дуже поспішав».

Питання 3.

Методики визначення поведінкових проявів

Методика діагностики показників та форм агресії

Опитувальник Басса-Дарки — особистісний опитувальник, розроблений А. Бассом та А. Даркі у 1957 р. і призначений для діагностики агресивних і ворожих реакцій. Складається з 75 тверджень, на які обстежуваний повинен відповісти «так» або «ні».

Кожне твердження відноситься до одного з 8 так званих індексів форм агресивних або ворожих реакцій:

1. *Фізична агресія* (напад) — використання фізичної сили проти іншої особи.

2. *Непряма агресія* — агресія, яка не прямо спрямована на іншу особу (злісні плітки, жарти), та агресія без спрямованості (спалах люті, який виявляється в лементі, битті кулаками по столу і т. п.).

3. *Схильність до роздратування* — готовність до прояву при найменшому збудженні запальності, різкості, брутальності.

4. *Негативізм* — опозиційна форма поведінки, спрямована проти авторитетів або керівництва; це поведінка від пасивного опору до активної боротьби проти традицій або законів.

5. *Образа* — заздрість і ненависть до оточуючих, обумовлена почуттям гіркоти, гніву на увесь світ за дійсні або уявні страждання.

6. *Підозрілість* — недовіра й обережність стосовно людей, заснована на переконанні в тому, що оточуючі мають намір заподіяти шкоду.

7. *Вербальна агресія* — вираження негативних почуттів через форму (сварка, лемент і т. п.) і зміст словесних погроз (прокльону і т. п.).

8. *Почуття провини* — переконання обстежуваного в тому, що він є поганою людиною, наявність у нього каяття совісті.

За числом збігів з ключем підраховуються індекси різних форм агресивності і ворожих реакцій. Підсумовування індексів 1, 2, 7 дає загальний індекс агресивності, а сума індексів 6 і 5 — індекс ворожості.

Діагностика станів тривожності (тривоги)

Проблема досліджень і діагностики тривожності користується незмінною увагою психологів, тому що має немаловажне практичне значення. Тривога може приводити до загальної дезорганізації діяльності, що проявляється в її спрямованості й ефективності. Тому так важлива діагностика цього стану для рішення ряду практичних завдань, пов'язаних із *трудовою, навчальною, спортивною діяльністю*. Так, наприклад, це потрібно для з'ясування надійності тих, хто працює на небезпечному виробництві, де можливі аварії.

Тривога розглядається як механізм розвитку неврозів; у цьому випадку її виникнення пов'язане з наявністю глибоких внутрішніх конфліктів на ґрунті:

- завищеного рівня домагань;
- недостатності внутрішніх ресурсів для досягнення поставленої мети;
- неузгодженості між потребою й небажанністю способів її задоволення та ін.

Тому діагностика стану тривоги потрібна в плані психопрофілактики для своєчасного виявлення тих індивідів, які схильні до виникнення неврозів.

Важливого значення для суб'єктивної оцінки стану набуває застосування опитувальника Спілбергера-Ханіна для оцінки ситуативної та особистісної тривожності. Розроблений Ч. Спілбергером у 1966-1973 р. Відповідно до концепції Спілбергера, варто розрізняти тривогу як стан і тривожність як властивість особистості. Тривога — реакція на небезпеку, яка загрожує, реальну або уявну, емоційний стан безоб'єктного страху, який характеризується невизначеним відчуттям загрози, на відміну від страху, який є реакцією на цілком визначену небезпеку. Тривожність — індивідуальна психологічна особливість, яка полягає у підвищеній схильності відчувати занепокоєння в різних життєвих ситуаціях, у тому числі і тих, об'єктивні характеристики яких до

цього не привертають. З погляду автора, існує можливість вимірювання розходжень між двома згаданими видами психічних проявів, які позначаються як *тривога-стан* і *тривога-риса*, тобто між тимчасовими і відносно постійними схильностями. Розуміння тривоги в теорії Спілбергера визначається наступними положеннями:

- 1) Ситуації, які представляють для людини певну погрозу або особистісно-значимі, викликають стан тривоги. Суб'єктивно тривога переживається як неприємний емоційний стан різної інтенсивності;
- 2) Інтенсивність переживання тривоги пропорційна мірі загрози або значимості причини переживань. Від цих факторів залежить тривалість переживання стану тривоги;
- 3) Високотривожні індивіди сприймають ситуації або обставини, які потенційно містять можливість невдачі або загрози, більш інтенсивно;
- 4) Ситуація тривоги супроводжується змінами в поведінці або ж мобілізує захисні механізми особистості. Часто повторювані стресові ситуації приводять до вироблення типових механізмів захисту.

Концепція Спілбергера формувалася під впливом психоаналізу. У виникненні тривожності як риси ведучу роль він відводить взаєминам з батьками на ранніх етапах розвитку дитини, а також певним подіям, які ведуть до фіксації страхів у дитячому віці.

Найбільш широко розповсюдженою є шкала State-Trait- Anxiety-Inventory (STAI). У нас одержав широке поширення російськомовний варіант STAI, який відомий як шкала реактивної й особистісної тривожності Спілбергера-Ханіна (1976, 1978). Ю.Л. Ханін адаптував, модифікував і стандартизував методик, а також одержав орієнтовні нормативи за рівнями вираження і тривожності:

- від 20 до 34 балів — *низький рівень тривожності*;
- від 35 до 44 балів — *середній рівень тривожності*;
- вище 45 балів — *високий рівень тривожності*.

Шкала складається з двох частин по 20 завдань у кожній. Перша шкала призначена для визначення того, як людина почуває себе зараз, у даний момент, тобто для діагностики актуального стану, а завдання другої шкали спрямовані на з'ясування того, як суб'єкт почуває себе зазвичай, тобто діагностується тривожність як властивість особистості. Приклади тверджень для діагностики тривоги-стану і тривожності-власивості:

- 1: Я почуваю себе вільно; Я занадто збуджений і мені не по собі; Я нервую.
- 2: Я зазвичай швидко втомлююся; Зазвичай я почуваю себе в безпеці; Я так сильно переживаю свої розчарування, що потім довго не можу про них забути.

Кожна з частин шкали має власну інструкцію, заповнення бланка відповідей є нескладним, тривалість обстеження складає приблизно 5-8 хв. Кожне висловлення, включене в опитувальник, оцінюється респондентами за 4-бальною шкалою. Вербальна інтерпретація позицій оцінної шкали в першій і другій частинах різна.

1. Для STAI-1: «цілком правильно» (4 бали), «правильно» (3 бали), «мабуть, правильно» (2 бали), «зовсім неправильно» (1 бал).
2. Для STAI-2 : «майже ніколи» (1 бал), «іноді» (2 бали), «часто» (3

бали), «майже завжди» (4 бали).

За формулами підраховуються показники тривожності. Обробка результатів.

1. Визначення показників ситуативної й особистісної тривожності за допомогою ключа.
2. На основі оцінки рівня тривожності складання рекомендацій для корекції поведінки випробуваного.
3. Обчислення середньо-групового показника СТ та ОТ (особистісна тривожність) та їх порівняльний аналіз у залежності, наприклад, від статевої приналежності випробуваних.
4. За результатами обстеження групи також пишеться висновок, який оцінює групу в цілому за рівнем ситуативної й особистісної тривожності, виділяються високотривожні і малотривожні особистості.

Для кожного випробуваного варто написати висновок, який повинен включати оцінку рівня тривожності і при потребі рекомендації з його корекції. Так, особам з високою оцінкою тривожності варто формувати почуття впевненості й успіху. Їм потрібно зміщати акцент із зовнішньої вимогливості, категоричності, на змістовне осмислення діяльності і конкретне планування згідно підзадач. Для низькотривожних людей, навпаки, потрібне пробудження активності, підкреслення мотиваційних компонентів діяльності, підсилення зацікавленості, почуття відповідальності у рішенні тих або інших задач. Опитувальник допускає індивідуальне і групове використання.

Отримала широке розповсюдження серед практичних психологів для оцінки загального рівня тривожності шкала самооцінки особистісної тривожності, опитувальник Дж. Тейлора, який побудований на основі Міннесотського багатопрофільного опитувальника (ММРІ). Оpubлікований Дж. Тейлор у 1953 р., складається з 50 тверджень, на які обстежуваний повинен відповісти «так» або «ні». Твердження відбиралися з набору тверджень Міннесотського багатоаспектного особистісного опитувальника (ММРІ). Вибір пунктів здійснювався на основі аналізу їхньої здатності розрізняти осіб з «хронічними реакціями тривоги». Приклади тверджень:

- Я не в змозі зосередитися на одному предметі.
- Через день мені сняться кошмари.
- Навіть у прохолодні дні я легко упріваю.

Обробка результатів дослідження в класичному варіанті здійснюється аналогічно процедурі ММРІ. Індекс тривожності вимірюється в шкалі Т-бал. У спрощеному варіанті кожна відповідь, яка співпала з показниками, даними в тесті, оцінюється:

- в 1 бал;
- невизначена відповідь — 0,5 бала;
- показники від 0 до 6 — низька тривожність;
- 6 — 20 — середня тривожність;
- від 20 і вище — висока тривожність.

Як показують дані досліджень, стан тривоги пов'язаний зі зміною когнітивної оцінки навколишнього і самого себе. При високих показниках рівня

тривожності потрібно дотримуватись обережності в інтерпретації даних самооцінки. У нас знаходить широке застосування в клініко-психологічних дослідженнях, психодіагностиці спорту (В.Г. Норакидзе, 1975; В.М. Блейхер, Л.Ф. Бурлачук, 1978; В.Л. Маришук і співавт., 1984).

Для діагностики ступеня тривожності в дітей у віці 3,5-7 років застосовується **Тест тривожності**, розроблений американськими психологами Р. Теммл, М. Дорки і В. Амен, переведений і підготовлений до випуску в Росії В.М. Астаповим. Це проєктивна методика, стимульним матеріалом якої є 14 малюнків, які зображують деякі типові для дошкільників ситуації. Наприклад, гра з молодшою дитиною, вкладання спати на самоті, збирання іграшок, їжа на самоті.

Кожний малюнок виконаний у двох варіантах — для дівчинки (на малюнку зображена дівчинка) і для хлопчика (на малюнку зображений хлопчик). На малюнках не промальована особа тієї дитини, з якою при відповідях повинен себе ідентифікувати той, хто відповідає. На кожному малюнку наявні два додаткові зображення дитячої голівки, одне з усміхненим обличчям, інше із сумним. За розмірами і контурами голівки додаткові зображення точно відповідають основному малюнку.

Малюнки пред'являються випробуваному індивідуально й у визначеній послідовності. Показуючи кожний малюнок, психолог коротко пояснює його зміст і запитує про те, яке — сумне чи веселе — обличчя у зображеної на ньому дитини. У протоколі фіксується вибір, зроблений дитиною для кожної ситуації.

Кількісний аналіз результатів зводиться до обчислення індексу тривожності, який дорівнює процентному відношенню числа емоційно-негативних виборів (сумна особа) до загального числа малюнків. За індексом тривожності визначається її рівень. Якщо:

- індекс вище 50%, то рівень тривожності вважається високим;
- при індексі від 20% до 50% рівень розглядається як середній;
- індекс нижче 20% означає низький рівень тривожності.

Кількісний аналіз доповнюється якісним, який полягає у виявленні найбільш травмуючих для кожної дитини ситуацій.

Методика діагностики рівня шкільної тривожності Філіпса призначена для вивчення рівня і характеру тривожності, пов'язаної зі школою в дітей молодшого і середнього шкільного віку.

Тест складається з 58 питань, які можуть зачитуватися школярам, а можуть і пропонуватися в письмовому вигляді. На кожне питання потрібно однозначно відповісти «так» або «ні».

Обробка й інтерпретація результатів. При обробці результатів виділяють питання відповіді на які не збігаються з ключем тесту. Наприклад, на 58-е питання дитина відповіла «так», у той час як у ключі цьому питанню відповідає «ні». Відповіді, які не збігаються з ключем — це прояви тривожності. При обробці підраховується:

1. *Загальне число неспівпадень по всьому тексту.* Якщо воно більше 50%, можна говорити про підвищену тривожність дитини, якщо більше 75% від загального числа питань тесту — про високу тривожність.

2. *Число збігів по кожному з 8 факторів тривожності.* Рівень тривожності визначається так само, як і у першому випадку. Аналізується загальний внутрішній емоційний стан школяра, який багато в чому визначається наявністю тих або інших тривожних синдромів (факторів) та їхньою кількістю.

Змістовна характеристика кожного синдрому (фактора).

1. *Загальна тривожність у школі* — загальний емоційний стан дитини, пов'язаний з різними формами її включення в життя школи.

2. *Переживання соціального стресу* — емоційний стан дитини, на тлі якого розвиваються її соціальні контакти (насамперед — з однолітками).

3. *Фрустрація потреби в досягненні успіху* — несприятливе психічне тло, яке не дозволяє дитині розвивати свої потреби в успіху, досягненні високого результату і т. д.

4. *Страх самовираження* — негативні емоційні переживання ситуацій, пов'язані з потребою саморозкриття, представлення себе іншим, демонстрації своїх можливостей.

5. *Страх ситуації перевірки знань* — негативне відношення і переживання тривоги в ситуаціях перевірки (особливо — публічної) знань, досягнень, можливостей.

6. *Страх не відповісти очікуванням навколишніх* — орієнтація на значимість інших в оцінці своїх результатів, вчинків і думок, тривога з приводу оцінок, які даються оточуючими, очікування негативних оцінок.

7. *Низька фізіологічна опірність стресові* — особливості психофізіологічної організації, які знижують пристосованість дитини до ситуацій стресогенного характеру, які підвищують імовірність неадекватного, деструктивного реагування на тривожний фактор середовища.

8. *Проблеми і страхи у відносинах з учителями* — загальний негативний емоційний фон відносин з дорослими в школі, який знижує успішність навчання дитини.

Однак, враховуючи певну користь, яку можуть надати суб'єктивні методики для оцінки психічних станів, треба враховувати ту обставину, що ми отримуємо інформацію про психічні стани з погляду самого суб'єкта, і її достовірність повинна підкріплюватися об'єктивно отриманими даними.

Крім розглянутих методик актуальні психічні стани можна оцінити за допомогою деяких багатофакторних особистісних опитувальників і проєктивних методик. Так, «Методика багатогранного дослідження особистості» (ММРІ) дозволяє виявляти стани, які характеризуються фрустраційною напруженістю, високим рівнем тривоги. «Багатофакторний особистісний опитувальник» Р. Кеттелла надає інформацію про тривожність та емоційну збудливість. Для оцінки психічних станів можна використати «Методику кольорових виборів» М. Люшера.

Діагностика тривожності часто проводиться на практиці заради подолання цього стану. Подолання, зазвичай, здійснюється двома шляхами — оволодінням тривожністю, зняттям її негативних наслідків та усуненням причин, які викликають цей стан.

Перший спосіб найчастіше полягає у навчанні прийомам оволодіння своїм хвилюванням, навичкам саморегуляції. Такий вид психологічної допомоги надається спортсменам, працівникам деяких професій, учням. Істотне місце займає розвиток правильних прийомів самоаналізу, самоспостереження, зняття нервово-психічної напруги (розслаблення), релаксації.

Другий спосіб подолання тривожності полягає у розвитку трудових і спортивних навичок, навчальних прийомів, які підвищують можливості успішного виконання відповідних видів діяльності. У роботі з невротичними особистостями немаловажне значення має перебудова самооцінки й мотивації індивіда.

Отже, враховуючи багаторівневість та специфіку діагностики психічних станів, для їх оцінювання потрібно використовувати методики, які відтворюють основні рівні прояву:

- стан основних професійно важливих функцій (пам'ять, увага, мислення);
- суб'єктивної оцінки стану (методика САН, шкала реактивної тривожності та ін.);
- оцінки психофізіологічної напруженості (ЧСС, ШГР, ЕЕГ та ін.);
- результативності діяльності та адекватності реакцій.

Багато факторів, від яких залежить психічний стан, і різноманітність функцій, в якому проявляється його специфічність, треба вважати найбільшою складністю розв'язання діагностичної задачі останніх. Стосовно задач оцінки та отримання інформації про стани, їх діагностичне дослідження наповнюється реальним змістом в контексті деталізованого психофізіологічного аналізу.

Діагностика емоційно-особистісної дезадаптації.

Емоційно-особистісна дезадаптація частіше виникає:

- 1) у критичні перехідні періоди;
- 2) в умовах підвищених психологічних і соціальних вимог до людини, що супроводжується підвищенням її психічної напруженості;
- 3) при наявності психотравмуючих подій і взаємин у родині, у школі, на роботі, із друзями та ін.

Дезадаптація може супроводжуватися наступними порушеннями:

- емоційні порушення;
- фізіологічні порушення (порушення сну, втрата апетиту, розлад травлення, головні болі та ін.);
- поведінкові порушення.

Поведінкові порушення можуть проявлятися своєрідно, залежно від віку, наприклад, у дітей молодшого віку поведінкова дезадаптація зазвичай проявляється у формі «зриву гальмівних механізмів регуляції поведінки», що супроводжується «розгальмованістю поведінки» (*підвищена безглузда рухова активність, емоційне перезбудження, перепади до плаксивої млявості, апатії, загальмованості*). У старшокласників і дорослих людей дезадаптація

проявляється у формі *депресії*. У навчальній діяльності емоційна дезадаптація проявляється в різкому погіршенні концентрації уваги, у зниженні функцій пам'яті, утрудненості мови (*важко підшукуються слова, паузи, запинки, аж до заїкуватості*), страх перед контрольними роботами, перед питаннями вчителя, тобто пізнавальні процеси заблоковані негативними емоціями, у результаті дезадаптована людина постійно думає про те, що її засмучує й тривожить, і фактично не чує вчителя, не розуміє тексту у книзі.

У відносинах з однолітками і дорослими дезадаптована людина виявляє підвищену дратівливість, брутальність або похмуру відокремленість, або повну піддатливість чужому впливові на фоні пасивності (цю фазу емоційного порушення називають фазою *дистреса* — фізіологічного виснаження).

Своєчасна діагностика і корекція причин емоційної дезадаптації дуже важливі, тому що запізнення з цією роботою приводить до стійких патологічних порушень в особистості людини. Розрізняють:

- *описово-симптоматичну діагностику* (вимірюється ступінь і характер розладу);

- *причинну діагностику* (з'ясування причин розладу).

Для описово-симптоматичної діагностики можуть використовуватися стандартизовані тести-опитувальники:

- тест Шмішека з виявлення акцентуацій характеру;
- тест Айзенка з самооцінки психічних станів (фрустрованість, тривожність, агресивність, ригідність);
- тест ММРІ, патохарактерологічний діагностичний опитувальник (ПДО) А. Лічко для підлітків;
- тест фрустрованості Розенцвейга.

Але симптоматична діагностика не дозволяє виявити причини, які привели до цих емоційно-поведінкових порушень. Для виявлення причин порушень застосовують проєктивні методики у поєднанні з методами бесіди, аналітичного спостереження і психоаналізу, що може провести тільки високопрофесійний психолог. Причини порушень можуть бути різні (*конфлікти в родині, алкоголізм батьків, агресивно-ревні переживання по відношенню до молодшого брата, конфлікти в школі та ін.*).

Для визначення зони конфлікту (родина, школа, колектив однолітків) можна використовувати проєктивні методики ТАТ, для дітей САТ (дитячий апперцептивний тест)

Діагностика волі

Функції вольових процесів:

- ініціювання дії шляхом формування наміру,
- підтримка попереднього наміру в активному стані до досягнення мети,
- подолання перешкод, що виникають на шляху реалізації наміру.

Механізми, що сприяють реалізації наміру (волі) в досягненні мети:

- 1) мотиваційний контроль — це стратегія, що підсилює мотиваційну тенденцію, що лежить в основі наміру,
- 2) контроль уваги — забезпечує спрямованість уваги на інформацію, яка відноситься до реалізації наміру (зосередженість),

3) перцептивний контроль – своєрідний фільтр, пов'язаний з блокуванням інформації, що заважає реалізації задуму,

4) емоційний контроль – якщо емоційний фон ускладнює досягнення мети, система контролю прагне його змінити,

5) контроль активізації зусиль – невдачі в ході реалізації наміру призводять до мобілізації додаткових зусиль чи навпаки – до зниження зусиль, відмови від мети,

6) контроль кодування – пов'язаний з намірами обробляти інформації по економічній, з точки зору стратегії, програмі.

Два типи вольової регуляції:

- самоконтроль,
- саморегуляція.

Самоконтроль – проявляється в довільній увазі, спрямованості на цільовий об'єкт, зусиллях підвищити власний рівень активності і пригнічення факторів, що заважають наміру.

Саморегуляція – проявляється у мимовільній увазі при відсутності зусиль, спрямованих на активізацію власної діяльності, низька емоційна напруженість, перешкоди в ході діяльності викликають мобілізацію зусиль.

Методи діагностики волі:

1. Експертна оцінка вольових якостей людини.
2. Діагностика імпульсивності – визначається, наскільки людина схильна до досягнення мети.
3. Діагностика навіюваності: висока навіюваність – низькі вольові якості.
4. Діагностика потреби у досягненні.
5. Діагностика мотивації схвалення (стосується мотивів – на що людина орієнтується).
6. Локус контролю – (локус – куди спрямований контроль): екстернальний, інтернальний.

Діагностика емоційно-особистісної дезадаптації

Емоційно-особистісна дезадаптація частіше виникає:

1. В критичні перехідні етапи;
2. В умовах підвищених психологічних та соціальних вимог до людини, що супроводжується ростом психічної напруги;
3. при наявності психотравмуючих подій та взаємовідносин у сім'ї, у школі, на роботі з друзями і т. п.

Дезадаптація може супроводжуватись наступними порушеннями:

- емоційні порушення;
- фізіологічні (порушення сну, втрата апетиту, розлад процесу травлення, головні болі і т. п.);
- поведінкові порушення.

Поведінкові порушення мають різноманітні прояви в залежності від віку (наприклад, у дітей младшого віку поведенческая дезадаптація обычно проявляется в форме «срыва тормозных механизмов регуляции поведения», что сопровождается «расторженностью поведения» (повышенная бессмысленная двигательная активность, эмоциональное перевозбуждение,

перепады к плаксивой вялости, апатии, заторможенности). У старшеклассников и взрослых людей дезадаптация проявляется в форме депрессии: угрюмо-сосредоточенное лицо человека, ушедшего в круг своих мрачных мыслей и переживаний).

В навчальній діяльності емоційна дезадаптація має прояви в різкому погіршенні концентрації уваги, в зниженні функцій пам'яті, ускладненнях мовлення (*трудно подыскиваются слова, паузы, запинки, вплоть до заикания*), страх перед контрольними роботами, перед опитуванням вчителя, коли пізнавальні процеси заблоковані негативними емоціями. В результаті дезадаптований учень постійно думає про те, що його турбує і тривожить, і фактично не чує вчителя, не розуміє тексту підручника.

У відносинах з ровесниками та дорослими, дезадаптована особистість проявляє підвищене роздратування, грубість або пригніченість, або підпадає під чужий вплив на фоні особистої пасивності (цю фазу емоційного порушення називають фазою дистресу — фізіологічного виснаження).

Своєчасна діагностика та корекція причин емоційної дезадаптації важливі з точки зору її негативного впливу на розвиток особистості. Запізнення може привести к стійким – патологічним порушенням.

В діагностиці емоційної дезадаптації розрізняють:

1. описово-симптоматичну діагностику (вимірює ступінь та характер розладів);
2. причинну діагностику (з'ясування причин розладів).

Для описово-симптоматичної діагностики можна використовувати стандартизовані тести-опитувальники: тест Шмішека для виявлення акцентуацій характеру, тест Айзенка для самооцінки психічних станів (фрустрованість, агресивність, ригідність), тест MMP1 (або 16-факторний Кеттелла), патохарактерологічний діагностичний опитувальник (ПДО) для підлітків Лічко, рисуночний тест фрустрованості Розенцвейга.

Патохарактерологічний діагностичний опитувальник (ПДО) складається з 25 наборів фраз, що відображають відношення до ряду життєвих проблем (самопочуття, настроїв, сексуальні проблеми, відносини з батьками і т. ін.). В кожному наборі — 10—19 пронумерованих тверджень. Спочатку досліджуваній в кожному наборі тверджень обирає той, що найбільше відповідає йому і номер цього твердження заносить у реєстраційний лист. На другому етапі — з тих же наборів вибирає те, що найменше відповідає його особистості.

Можна відмовитись від вибору, але 7 відмов свідчать про негативне відношення до дослідження або сильних захисних реакціях досліджуваного.

Шкала об'єктивної оцінки ПДО сконструйована на основі порівняння середніх частот виборів здорових підлітків та представників кожного з типів психопатій та акцентуацій.

Об'єктивна шкала дозволяє виявити наступні акцентуації у підлітків (відносно незначні відхилення від норми): гіпертимний тип (перевага збудження, активності, відчуття оптимізму); циклоїдний тип (фази гіпертимності та депресії змінюють одна одну); лабільний тип (настроїв змінюється занадто швидко від незначних причин); астено-невротичний тип (підвищена втомлюваність,

роздратованість змінюються розкаянням, сльозами); сензитивний тип (підвищена чутливість, почуття особистої неповноцінності); психастенічний тип (нерішучість, тривожність, мнительність, страхи за майбутнє); шизоїдний тип (замкнений внутрішній світ; живе фантазіями, відгороджений від людей, оригінальний в судженнях, відірваний від реального світу); епілептоїдний тип (злобно-пригнічений настрій з можливим ростом роздратування, педантична акуратність, прагнення до влади); істероїдний тип (жадоба уваги, прагнення бути в центрі уваги за будь яку ціну, схильність до позерства, демонстративних сцен); нестійкий тип (відмова від виконання обов'язків, від навчання прагнення лише до розваг та задоволень); конформний тип (повна залежність від оточення). Ці типи рідко зустрічаються лише в чистому вигляді, частіше як змішані.

Шкали ПДО дозволяють вимірювати ступінь емоційноособистісних порушень людини на даний час, а також спрогнозувати тенденцію можливих змін характеру людини при переході цих порушень в хронічну стадію, тобто спрогнозувати патогенез характеру (тенденції в розвитку особистості, що відбуваються при переході ситуативної дезадаптації в хронічну). Окрім діагностики типів акцентуацій характеру ПДО отримує допоміжні показники:

§ показник відвертості та достовірності результатів;

§ індекс В, що демонструє можливість змін характеру внаслідок органічних вражень головного мозку;

§ показник реакції емансипації — прання вивільнитися від контролю, опіки старших; показник психологічної схильності до алкоголізації, показник психологічної готовності до делінквентності, правопорушенням;

§ показник мужності - жіночості.

Але симптоматична діагностика не дозволяє виявити причини, що привели до даних емоційно-поведінкових порушень. Для виявлення цих причин застосовують проективні методики в поєднанні з методами бесіди, аналітичного спостереження та психоаналізу, які може провести тільки високопрофесійний психолог. Причини порушень можуть бути різними (конфлікти в сім'ї, алкоголізм батьків, агресивно-ревнісні переживання по відношенню до молодшого брата, конфлікти в школі і т. п.).

Для визначення зони конфлікту (сім'я, школа, колектив ровесників) можна використати проективні методики ТАТ, для дітей САТ (дитячий апперцептивний тест).