

**МЕЛІТОПОЛЬСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ ПЕДАГОГІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ БОГДАНА ХМЕЛЬНИЦЬКОГО**

**Факультет фізичної культури, спорту та психології
Кафедра психології**

ЗАТВЕРДЖУЮ
завідувач кафедри психології
Прокоф'єва О.О. _____
протокол №1 від 02.09.2024 року

РОБОЧА ПРОГРАМА

**ВИРОБНИЧА ПРАКТИКА
(УЗАГАЛЬНЮЮЧА)**

для здобувачів вищої освіти (IV курс)

Освітня програма	Психологія. Клінічна психологія
Спеціальність	053 Психологія
Галузь знань	05 Соціальні та поведінкові науки
Рівень вищої освіти перший (бакалаврський)	

Запоріжжя, 2024 р.

Робоча програма з виробничої практики (узагальнююча) для здобувачів вищої освіти першого (бакалаврського) рівня галузі знань 05 Соціальні та поведінкові науки спеціальності 053 Психологія, освітньої програми Психологія. Клінічна психологія. – 76 с.

Розробники:

к. психол. н., доцент Остополець І.Ю.,
к. психол. н., доцент Прокоф'єва О.О.,
магістр психології, ст.викл. Варіна Г.Б.
психол. н., професор Фалько Н.М.,
д. психол. н., професор Душка А.Л.,
к. психол. н., доцент Гузь Н.В.,

Рецензенти:

Кошова І. - канд.психол.наук, доцент, доцент кафедри загальної та практичної психології, Ніжинського державного університету імені Миколи Гоголя
Корець Т. - директор комунальної установи «Інклюзивно-ресурсний центр № 2» Мелітопольської міської ради Запорізької обл.
Стариніна О. – психолог Терапевтичного Центру медичної системи у м. Генемауден, Нідерланди (Therapeutisch Centrum GGZ, Genemuiden, Nederland)

ПОГОДЖЕНО:

Гарант освітньої програми

Прокоф'єва О.О.

Робоча програма затверджена на засіданні кафедри психології
протокол № 1 від 02.09.2024 року

Завідувач кафедри психології

Прокоф'єва О.О.

I. ПОЯСНЮВАЛЬНА ЗАПИСКА

Робоча програма виробничої практики (узагальнюючої) складена відповідно до освітньої програми «Психологія. Клінічна психологія» першого (бакалаврського) рівня вищої освіти спеціальності 053 Психологія.

За оцінками МОЗ України, внаслідок війни близько 15 млн. українців потребуватимуть психологічної допомоги, при цьому близько 3-4 млн. людей потребуватимуть фармакологічного лікування. За прогнозами, після війни кожний п'ятий матиме негативні наслідки для психічного здоров'я. З чого випливає, що вже сьогодні та у повоєнний період соціальна затребуваність спеціалістів з клінічної психології, яких на ринку праці ще в довоєнний час бракувало, зростатиме внаслідок психологічного травмування величезної кількості людей. З огляду на зазначену актуальність і соціальну затребуваність щодо розв'язання проблеми, Міністерство охорони здоров'я підсилило мультидисциплінарні команди спеціалістами у галузі психології, що надають психологічну та реабілітаційну допомогу. Наказом № 1782 законодавці включили до Переліку посад професіоналів із вищою немедичною освітою посади «клінічний психолог» та «психотерапевт». Окрім того, визначили вимоги до спеціальності та спеціалізації цих фахівців. Відтак, з метою забезпечення ефективності надання мультидисциплінарної паліативної та реабілітаційної допомоги у сфері охорони здоров'я введено посаду клінічний психолог з вищою немедичною освітою за спеціальністю «Психологія» галузі знань «Соціальні та поведінкові науки».

Відповідно до сучасної концепції організації психологічної допомоги в охороні здоров'я, клінічний психолог – це фахівець з базовою вищою психологічною освітою, який має додаткову спеціалізацію з клінічної психології.

Клінічний психолог у закладах охорони здоров'я – це фахівець, в обов'язки якого входить як участь у психодіагностичних та психокорекційних заходах, так і в лікувальному процесі загалом.

Діяльність психолога в медичному закладі спрямована на: підвищення психічних ресурсів та адаптаційних можливостей людини; гармонізацію психічного розвитку; охорону здоров'я; профілактику та психологічну реабілітацію. Разом з тим, клінічний психолог – це фахівець, який може працювати не тільки в клініках, а й в установах іншого профілю: освіти, соціального захисту та ін. Це установи, в яких потрібне поглиблене вивчення особистості людини та надання їй психологічної допомоги. У вищевказаних областях клінічний психолог виконує такі види діяльності: діагностичну, експертну, корекційну, профілактичну, реабілітаційну, консультативну, науково-дослідну та ін.

Виробнича практика (узагальнююча) як обов'язкова складова професійної підготовки майбутніх клінічних психологів за даною освітньою програмою, дозволяє здобувачам вищої освіти ознайомитися з особливостями надання психологічних послуг у закладах охорони здоров'я/освіти, інтеріоризувати сучасні психодіагностичні та практико орієнтовані підходи в

професійну діяльність клінічного психолога, набути здатності ефективно надавати психологічні послуги у сфері охорони здоров'я; реалізувати інноваційні здоров'язберігаючі технології; розробляти та управляти проектами імплементації інноваційних психотерапевтичних, мультидисциплінарних підходів та стандартів у сфері охорони здоров'я; здійснювати психоедукаційну роботу в установах різних типів.

Виробнича практика (узагальнююча) є ключовим і технологічно важливим компонентом ефективної підготовки висококваліфікованого клінічного психолога. Програма дозволяє здобувачу обрати індивідуальну траєкторію реалізації з урахуванням типу установи, яка виступає базою виробничої практики. Програма виробничої практики передбачає: здійснення психодіагностичної діяльності, розробку індивідуальної траєкторії психологічного супроводу, консультації та інтервенції особистості, експертну оцінку клінічного випадку, побудову ефективної взаємодії у міждисциплінарній команді фахівців з охорони здоров'я, розробку програм підвищення психічних ресурсів, адаптаційних можливостей людини, гармонізації психічного розвитку на основі здоров'язберігаючих технологій.

Здобувач вищої освіти при проходженні практики повинен обов'язково орієнтуватися на охорону праці в установі, де проходить практику, базові психологічні та етичні вимоги до організації й надання психологічної допомоги.

Виробнича практика (узагальнююча) є обов'язковим освітнім компонентом. Обсяг ОК становить 6 кредитів / 180 годин. Практика здійснюється у 8 семестрі. Вид контролю – диференційований залік.

II. МЕТА ПРОВЕДЕННЯ ПРАКТИКИ

Мета практики – вдосконалення прикладних аспектів професійної підготовки здобувачів вищої освіти шляхом закріплення теоретичних знань, розвитку професійної ідентичності, опанування етичних принципів та навичок психологічної допомоги. Практика спрямована на розвиток умінь проведення клінічної бесіди, психодіагностики, психологічного супроводу, використання сучасних психотерапевтичних підходів і технологій, а також розв'язання професійних задач із врахуванням вікових, індивідуальних особливостей клієнтів і специфіки бази практики. Здобувачі мають оволодіти практичними вміннями, необхідними для виконання посадових обов'язків фахівця.

Завдання виробничої практики:

- ✓ Формування професійного світогляду, мотивації, практичних умінь і навичок для організації психологічного супроводу в клінічній практиці.
- ✓ Ознайомлення з діяльністю клінічних, реабілітаційних установ, закладів охорони здоров'я та функціями клінічного психолога в Україні.
- ✓ Підготовка до роботи з клієнтами, які потребують медико-психологічної допомоги, та розвиток навичок системної діагностики і моніторингу їх психологічного стану.
- ✓ Формування вмінь розробляти та реалізовувати індивідуальний супровід у складі мультидисциплінарної команди.

- ✓ Опанування методів підтримки, відновлення особистості та аналізу впливу внутрішньої картини хвороби на лікування.
- ✓ Засвоєння сучасних психотерапевтичних технологій для роботи з депресивними, тривожними та стресовими розладами.
- ✓ Організація психологічного супроводу медичних працівників і соціального оточення клієнта.
- ✓ Вдосконалення професійного спілкування з дотриманням етичних норм і правил безпеки, а також освоєння здоров'язберігаючих технологій у клінічній практиці.
- ✓ Стимулювання мотивації до професійного розвитку та підвищення кваліфікації.

Практика має сформувати у здобувачів цілісне розуміння психологічної складової ефективного лікувально-відновлювального процесу; сформувати професійні компетентності, які необхідні для визначення змісту, мети, завдань, моделей, стандартів та технологій роботи клінічного психолога.

Увага зосереджується на формуванні навичок комплексного психодіагностичного дослідження, моніторингу психологічних аспектів лікування та відновлення, а також ефективного проведення клінічної бесіди з урахуванням соціально-психологічних факторів та індивідуальних особливостей клієнта.

Під час проходження виробничої практики здобувачі накопичують інформацію, необхідну для майбутньої професійної діяльності та підготовки кваліфікаційної роботи.

ІІІ. ПЕРЕЛІК ПРОГРАМНИХ КОМПЕТЕНТНОСТЕЙ, ЯКІ НАБУВАЮТЬСЯ ПІД ЧАС ПРАКТИКИ

Внаслідок виконання завдань виробничої практики здобувачі вдосконалюють такі загальні та спеціальні компетентності:

ЗК 01. Здатність застосовувати знання у практичних ситуаціях.

ЗК 02. Знання та розуміння предметної області та розуміння професійної діяльності, готовність приймати відповідальність за рішення в межах професійної діяльності.

ЗК 03. Навички використання інформаційних і комунікаційних технологій.

ЗК 04. Здатність вчитися і оволодівати сучасними знаннями.

ЗК 05. Здатність бути критичним і самокритичним.

ЗК 06. Здатність приймати обґрунтовані рішення, аналізувати власну діяльність.

ЗК 07. Здатність генерувати нові ідеї, здатність до нестандартних рішень в проблемних ситуаціях (креативність).

ЗК 08. Навички міжособистісної взаємодії, здатність до толерантної поведінки.

ЗК 09. Здатність працювати в команді.

СК 01. Здатність оперувати категоріально-понятійним апаратом психології, розуміння походження психічних розладів і психологічних проблем.

СК 02. Здатність до ретроспективного аналізу вітчизняного та зарубіжного досвіду розуміння природи виникнення, функціонування та розвитку психічних явищ.

СК 03. Здатність до розуміння природи поведінки, діяльності та вчинків (зокрема, в контексті організації заходів раннього втручання).

СК 04. Здатність самостійно збирати та критично опрацьовувати, аналізувати та узагальнювати психологічну інформацію з різних джерел.

СК 05. Здатність використовувати валідний і надійний психодіагностичний інструментарій.

СК 06. Здатність самостійно планувати, організовувати та здійснювати психологічне дослідження, з урахуванням нозологічних та індивідуально-психологічних характеристик.

СК 07. Здатність аналізувати та систематизувати одержані результати, формулювати аргументовані структуровані висновки та рекомендації, інформувати про результати і надані рекомендації.

СК 08. Здатність організовувати та надавати психологічну допомогу з урахуванням нозологічних та індивідуально-психологічних характеристик (індивідуальну та групову, в т.ч. особам, які отримали психологічні травми, зокрема внаслідок війни).

СК 09. Здатність здійснювати просвітницьку та психопрофілактичну роботу відповідно до запиту, в тому числі для груп підвищеного ризику соціальної дезадаптації та з питань охорони психічного здоров'я.

СК 10. Здатність усвідомлювати межі своєї компетентності та дотримуватися норм професійної етики.

СК 11. Здатність до особистісного та професійного самовдосконалення, навчання та саморозвитку.

СК 12. Здатність до встановлення і підтримання конструктивної міжособистісної взаємодії, емпатії, встановлення довірливого контакту, переконання і підтримки.

СК 13. Здатність застосовувати методи емоційної і когнітивної регуляції власного психологічного стану і діяльності.

СК 14. Здатність до консультативної роботи з поширеними проблемами психічного здоров'я та психосоціального благополуччя, створення сприятливого психологічного середовища.

СК 15. Здатність до моніторингу і оцінки ефективності психологічної допомоги.

IV. ЗАПЛАНОВАНІ ПРОГРАМНІ РЕЗУЛЬТАТИ НАВЧАННЯ

Внаслідок виконання завдань виробничої практики здобувачі набувають такі програмні результати:

ПР 01. Аналізувати та пояснювати психічні явища, ідентифікувати психологічні проблеми, пропонувати шляхи їх розв'язання.

ПР 02. Розуміти закономірності та особливості розвитку і функціонування психічних явищ (в т.ч. патологічних) в контексті професійних завдань.

ПР 03. Здійснювати пошук інформації з різних джерел, у т.ч. з використанням інформаційно-комунікаційних технологій, для вирішення професійних завдань.

ПР 04. Обґрунтовувати власну позицію, робити аргументовані і структуровані висновки за результатами власних досліджень і аналізу літературних джерел.

ПР 05. Обирати та застосовувати валідний і надійний психодіагностичний інструментарій (тести, опитувальники, проєктивні методики тощо) психологічного дослідження та технології психологічної допомоги.

ПР 06. Формулювати мету, завдання дослідження, володіти навичками збору первинного матеріалу, дотримуватися процедури дослідження.

ПР 07. Рефлексувати та критично оцінювати достовірність одержаних результатів психологічного дослідження, формулювати аргументовані висновки.

ПР 08. Презентувати результати власних досліджень усно / письмово для фахівців і нефахівців.

ПР 09. Пропонувати власні способи вирішення психологічних задач і проблем у процесі професійної діяльності, приймати та аргументувати власні рішення щодо їх розв'язання (зокрема, щодо організації заходів раннього втручання).

ПР 10. Формулювати думку логічно, доступно, дискутувати, обстоювати власну позицію, модифікувати висловлювання відповідно до культуральних особливостей співрозмовника.

ПР 11. Складати та реалізовувати план консультативного процесу з урахуванням специфіки запиту та індивідуальних особливостей клієнта, забезпечувати ефективність власних дій (в т.ч. у роботі з особами, що отримали психологічні травми, зокрема внаслідок війни).

ПР 12. Складати та реалізовувати програму психопрофілактичних та просвітницьких дій, заходів психологічної допомоги у формі лекцій, бесід, круглих столів, ігор, тренінгів, тощо, відповідно до вимог замовника, в тому числі з питань охорони психічного здоров'я.

ПР 13. Взаємодіяти, вступати у комунікацію, бути зрозумілим, толерантно ставитися до осіб, що мають інші культуральні чи гендерно-вікові відмінності, а також до осіб з особливими потребами.

ПР 14. Ефективно виконувати різні ролі у команді у процесі вирішення фахових завдань, у тому числі демонструвати лідерські якості.

ПР 15. Відповідально ставитися до професійного самовдосконалення, навчання та саморозвитку.

ПР 16. Знати, розуміти та дотримуватися етичних принципів професійної діяльності психолога, усвідомлювати межі власної компетентності.

ПР 17. Демонструвати соціально відповідальну та свідому поведінку, слідувати гуманістичним та демократичним цінностям у професійній та громадській діяльності.

ПР 18. Вживати ефективних заходів щодо збереження здоров'я (власного й оточення) та за потреби визначати зміст запиту до супервізії.

V. БАЗИ ПРОХОДЖЕННЯ ПРАКТИКИ

Виробнича практика (узагальнююча) проводиться в клінічних та реабілітаційних установах, закладах охорони здоров'я, медико-психологічних консультаціях, психотерапевтичних центрах, інклюзивно-ресурсних центрах, закладах освіти та Центрі громадського здоров'я МОЗ України, де є посада психолога. Здобувачі мають можливість вільного вибору бази проходження практики, за умови дотримання зазначеної вище вимоги, дозволяється проходити виробничу практики за місцем роботи та проживання за умови укладення договору з даними установами або отриманням клопотання про прийняття здобувача на практику. У виключних умовах (знаходження здобувача на ТОТ, за кордоном) виробничу практику здобувачі можуть проходити на базі Лабораторії психології здоров'я або Центру психологічної резильєнтності і благополуччя Мелітопольського державного педагогічного університету імені Богдана Хмельницького.

Також здобувачі мають можливість проходити практику в рамках реалізації окремих проектів, які мають у своїй структурі дослідницькі компоненти. Тобто установи, підприємства, організації, які мають належні умови для проведення практики з клінічної психології та проводять психологічні дослідження чи здійснюють розробки за напрямками, що відповідають тематиці та змісту освітньо-професійної програми. Під час проходження практики у межах проектної діяльності її терміни можуть бути перенесені відповідно періоду реалізації проекту у позанавчальний час.

З орієнтовним переліком баз практики та договорами можна ознайомитися на сторінці кафедри на офіційному сайті Університету в рубриці «Практика» за посиланням: <https://fvsp.mdpu.org.ua/kafedra-psyhologiyi/praktychna-%20pidgotovka-2/>

VI. ОРГАНІЗАЦІЯ ПРОВЕДЕННЯ ПРАКТИКИ

Виробнича практика проводиться відповідно до затверджених нормативних документів Мелітопольського державного педагогічного університету імені Богдана Хмельницького <https://mdpu.org.ua/universitet/informatsiya-shho-pidlyagaye-oprilyudnennyu/dokumenti-vishhogo-navchalnogo-zaklad/polozhennya-z-organizatsiyi-osvitnogo-p/>:

- Положення про організацію освітнього процесу
- Положення про бально-накопичувану систему оцінювання результатів навчання здобувачів вищої освіти

- Положення про практичну підготовку здобувачів вищої освіти

Зразок договору про проведення виробничої практики здобувачів вищої освіти, зразок направлення на практику, зразок клопотання про направлення на практику наведені у вищезазначеному Положенні про практичну підготовку здобувачів вищої освіти.

Перед початком виробничої практики, науково-педагогічні працівники

кафедри проводять настановчу конференцію, з метою орієнтування у цілях, завданнях, змісті практики, критеріях її оцінювання і порядку звітування. Підготовка здійснюється в умовах професійної діяльності під організаційно-методичним керівництвом науково-педагогічних працівників кафедри психології. Здобувач вищої освіти має показати вміння самостійно організовувати й планувати роботу, належний рівень опанування загальними і спеціальними компетентностями з обов'язкових освітніх компонентів, а також рівень оволодіння здобувачами технологіями і техніками роботи сучасного психолога.

Студенти-практиканти повинні строго дотримуватися режиму праці бази практики, етичних принципів професійної діяльності психолога, усвідомлювати межі власної компетентності.

Отже, виробнича практика (узагальнююча) з поступовим розширенням спектру практичних завдань і включенням різних професійно важливих психотехнологій забезпечує отримання здобувачами вищої освіти умінь та навичок практичної роботи психолога.

VII. ПРОГРАМА ПРАКТИКИ

Блок 1. Нормативно-правове забезпечення діяльності клінічного психолога.

Ознайомлення з нормативно-правими документами, що регламентують діяльність клінічного психолога (законодавчими актами, постановами МОЗ та Кабінету міністрів України, стандартом клінічного психолога, посадовою інструкцією, розпорядження Кабінету Міністрів України № 1018-р від 27 грудня 2017 р. «Про схвалення Концепції розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року», пріоритетними багатосекторними заходами з психічного здоров'я та психосоціальної підтримки в Україні під час та після війни: оперативна дорожня карта, Національною програмою психічного здоров'я та психосоціальної підтримки). Ознайомлення з основними уніфікованими клінічними протоколами. Перегляньте відео – <https://www.youtube.com/watch?v=RIDvTVcPPoM>, складіть портфоліо нормативно-правових документів та протоколів, що регламентують надання психологічних послуг у клінічній практиці.

На основі аналізу професійного стандарту, посадової інструкції та з урахуванням Концепції розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року (розпорядження Кабінету Міністрів України від 27.12.2017 № 1018-р) складіть професіограму клінічного психолога, визначивши професійні та особистісні якості психолога, напрями діяльності, етапи професійного розвитку та становлення. Надайте матеріали професіограми у вигляді презентації.

Блок 2. Планування, організація та проведення психологічного дослідження в клінічній практиці

Ознайомтесь з основними питаннями методології клініко-психологічного дослідження:

- ✓ Особливості, систематика, функції клініко-психологічної діагностики;
- ✓ Методи дослідження в клінічній психології;
- ✓ Клінічне інтерв'ю;
- ✓ Експериментально-психологічні (пато- і нейропсихологічні) методи дослідження;
- ✓ Завдання і функції психодіагностичного дослідження в клінічній психології;
- ✓ Дослідження особистості хворого біографічним методом.

Розробка плану, складання психодіагностичного мінімуму методик для клініко-психологічного дослідження. Організація і проведення клініко-психологічного дослідження з урахуванням етичних принципів роботи клінічного психолога та загальнолюдських цінностей. Обробка результатів психодіагностичного дослідження: кількісна, якісна, статистична. Узагальнення отриманих даних. Проведення та опис протоколів клініко-психологічного спостереження та клінічної бесіди. Проведення та аналіз дослідження особистості клієнта біографічним методом. Формулювання висновків, наочне представлення результатів клініко-психологічного дослідження (протоколи, діаграми, таблиці). Складання психологічного прогнозу щодо розвитку особистості, перспектив психологічного супроводу та лікувально-відновлювального впливу.

Опис та презентація клінічного кейсу з урахуванням етичних принципів діяльності клінічного психолога на прикладі дослідження окремого випадку.

Блок 3. Психологічний супровід в клінічній практиці

Аналіз індивідуальних потреб клієнта. Складання плану індивідуальної траєкторії психологічного супроводу клієнта в клінічній практиці. Підготовка та проведення психопрофілактичного заходу на основі сучасних здоров'язберезувальних технологій для фахівців мультидисциплінарних команд (лікарів та медичних працівників, освітян, фахівців ІРЦ) з профілактики професійного вигорання та розвитку стресостійкості.

Блок 4. Індивідуальна траєкторія професійного зростання

Підбір форми і самоорганізація неформальної освіти (підвищення кваліфікації в галузі практичної психології за допомогою онлайн платформ). Представлення результатів клініко-психологічного дослідження та психопрофілактичного заходу на віртуальній платформі Лабораторії психології здоров'я (<https://dfn.mdpu.org.ua/course/view.php?id=6832>) Мелітопольського державного педагогічного університету імені Богдана Хмельницького. Апробація результатів дослідження в рамках участі у науковому заході (конференції, семінарі, майстре-класі), публікація результатів дослідження у матеріалах конференцій, закордонних або фахових виданнях України.

VIII. ФОРМИ І МЕТОДИ КОНТРОЛЮ

Програмні результати навчання	Види діяльності здобувача на практиці	Форми і засоби оцінювання
ПР 01. Аналізувати та	Проведення клініко-	Захист звітних

пояснювати психічні явища, ідентифікувати психологічні проблеми, пропонувати шляхи їх розв'язання.	психологічного спостереження та клінічної бесіди; організація та проведення дослідження особистості клієнта біографічним методом. Опис клінічного кейсу.	матеріалів на підсумковій конференції. Підсумковий контроль: диференційний залік.
ПР 02. Розуміти закономірності та особливості розвитку і функціонування психічних явищ (в т.ч. патологічних) в контексті професійних завдань.	Проведення клініко-психологічного спостереження та клінічної бесіди; організація та проведення дослідження особистості клієнта біографічним методом; опис клінічного кейсу.	Захист звітних матеріалів на підсумковій конференції. Підсумковий контроль: диференційний залік.
ПР 03. Здійснювати пошук інформації з різних джерел, у т.ч. з використанням інформаційно-комунікаційних технологій, для вирішення професійних завдань.	Складання портфолію нормативно-правових та законодавчих документів, що регулюють діяльність клінічного психолога. Розробка професіограми клінічного психолога (презентація). Складання психодіагностичного мінімуму методик для клініко-психологічного дослідження.	Захист звітних матеріалів на підсумковій конференції. Підсумковий контроль: диференційний залік.
ПР 04. Обґрунтовувати власну позицію, робити аргументовані і структуровані висновки за результатами власних досліджень і аналізу літературних джерел.	Узагальнення даних клініко-психологічного дослідження. Формулювання висновків дослідження, складання психологічного прогнозу щодо розвитку особистості, перспектив психологічного супроводу та лікувально-відновлювального впливу. Розробка професіограми клінічного психолога.	Захист звітних матеріалів на підсумковій конференції. Підсумковий контроль: диференційний залік.
ПР 05. Обирати та застосовувати валідний і надійний психодіагностичний інструментарій (тести, опитувальники, проективні методики тощо) психологічного	Підбір матеріалів для клініко-психодіагностичного дослідження, його організація і проведення, кількісний, якісний і статистичний аналіз фактичних даних, наочне представлення отриманих результатів, висновки.	Захист звітних матеріалів на підсумковій конференції. Підсумковий контроль: диференційний залік.

дослідження та технології психологічної допомоги.	Складання психологічного прогнозу щодо розвитку особистості, перспектив психологічного супроводу та лікувально-відновлювального впливу.	
ПР 06. Формулювати мету, завдання дослідження, володіти навичками збору первинного матеріалу, дотримуватися процедури дослідження.	Організація і проведення клініко-психодіагностичного дослідження, кількісний, якісний і статистичний аналіз фактичних даних, наочне представлення отриманих результатів, висновки.	Захист звітних матеріалів на підсумковій конференції. Підсумковий контроль: диференційний залік.
ПР 07. Рефлексувати та критично оцінювати достовірність одержаних результатів психологічного дослідження, формулювати аргументовані висновки.	Опис клінічного кейсу. Узагальнення даних клініко-психологічного дослідження. Формулювання висновків дослідження, складання психологічного прогнозу щодо розвитку особистості, перспектив психологічного супроводу та лікувально-відновлювального впливу. Апробація результатів дослідження в рамках участі у науковому заході (конференції, семінарі, майстер-класі), публікація результатів дослідження у збірнику матеріалів конференцій, закордонних або фахових видань України (за бажання).	Захист звітних матеріалів на підсумковій конференції. Підсумковий контроль: диференційний залік.
ПР 08. Презентувати результати власних досліджень усно / письмово для фахівців і нефаківців	Апробація результатів дослідження в рамках участі у науковому заході (конференції, семінарі, майстер-класі). Публікація результатів дослідження у матеріалах конференцій, закордонних або фахових виданнях України (за бажання). Висвітлення результатів дослідження та розробок на віртуальній платформі Лабораторії	Захист звітних матеріалів на підсумковій конференції. Підсумковий контроль: диференційний залік.

	психології здоров'я МДПУ імені Богдана Хмельницького	
ПР 09. Пропонувати власні способи вирішення психологічних задач і проблем у процесі професійної діяльності, приймати та аргументувати власні рішення щодо їх розв'язання (зокрема, щодо організації заходів раннього втручання).	Аналіз протоколів клініко-психологічного спостереження та клінічної бесіди; аналіз протоколу дослідження особистості клієнта біографічним методом; аналіз результатів клініко-психологічного дослідження особистості	Захист звітних матеріалів на підсумковій конференції. Підсумковий контроль: диференційний залік.
ПР 10. Формулювати думку логічно, доступно, дискутувати, обстоювати власну позицію, модифікувати висловлювання відповідно до культуральних особливостей співрозмовника.	Аналіз протоколів клініко-психологічного спостереження та клінічної бесіди; аналіз протоколу дослідження особистості клієнта біографічним методом; аналіз результатів клініко-психологічного дослідження особистості; висновки психодіагностичного дослідження. Апробація результатів дослідження в рамках участі у науковому заході (конференції, семінарі, майстер-класі).	Захист звітних матеріалів на підсумковій конференції. Підсумковий контроль: диференційний залік.
ПР 11. Скласти та реалізовувати план консультативного процесу з урахуванням специфіки запиту та індивідуальних особливостей клієнта, забезпечувати ефективність власних дій (в т.ч. у роботі з особами, що отримали психологічні травми, зокрема внаслідок війни).	Складання психологічного прогнозу щодо розвитку особистості, перспектив психологічного супроводу та лікувально-відновлювального впливу; розробка плану індивідуальної траєкторії психологічного супроводу клієнта в клінічній практиці;	Захист звітних матеріалів на підсумковій конференції. Підсумковий контроль: диференційний залік.
ПР 12. Скласти та	Розробка презентації	Захист звітних

реалізовувати програму психопрофілактичних та просвітницьких дій, заходів психологічної допомоги у формі лекцій, бесід, круглих столів, ігор, тренінгів, тощо, відповідно до вимог замовника, в тому числі з питань охорони психічного здоров'я.	психопрофілактичного чи психоедукаційного заходу. Розробка та оприлюднення матеріалів на сайті віртуальної лабораторії МДПУ.	матеріалів на підсумковій конференції. Підсумковий контроль: диференційний залік.
ПР 13. Взаємодіяти, вступати у комунікацію, бути зрозумілим, толерантно ставитися до осіб, що мають інші культуральні чи гендерно-вікові відмінності, а також до осіб з особливими потребами.	Проведення психопрофілактичного заходу на основі сучасних здоров'язбережувальних технологій для фахівців мультидисциплінарних команд (лікарів та медичних працівників, освітян, фахівців ІРЦ) з профілактики професійного вигорання та розвитку стресостійкості. Апробація результатів дослідження в рамках участі у науковому заході (конференції, семінарі, майстер-класі).	Захист звітних матеріалів на підсумковій конференції. Підсумковий контроль: диференційний залік.
ПР 14. Ефективно виконувати різні ролі у команді у процесі вирішення фахових завдань, у тому числі демонструвати лідерські якості.	Публікація результатів дослідження у матеріалах конференцій, закордонних або фахових виданнях України. Проведення психопрофілактичного заходу на основі сучасних здоров'язбережувальних технологій для фахівців мультидисциплінарних команд (лікарів та медичних працівників, освітян, фахівців ІРЦ) з профілактики професійного вигорання та розвитку стресостійкості	Захист звітних матеріалів на підсумковій конференції. Підсумковий контроль: диференційний залік.
ПР 15. Відповідально ставитися до професійного самовдосконалення,	Опис і узагальнення клінічного кейсу. Участь у неформальній освіті на онлайн-платформах з метою підвищення кваліфікації	Захист звітних матеріалів на підсумковій конференції.

навчання та саморозвитку.	з фаху (генерування підтверджуючого сертифікату). Апробація результатів дослідження в рамках участі у науковому заході (конференції, семінарі, майстер-класі).	Підсумковий контроль: диференційний залік.
ПР 16. Знати, розуміти та дотримуватися етичних принципів професійної діяльності психолога, усвідомлювати межі власної компетентності.	Оформлення протоколу дослідження особистості клієнта біографічним методом в клінічній практиці; організація і проведення клініко-психодіагностичного дослідження. Опис клінічного кейсу.	Захист звітних матеріалів на підсумковій конференції. Підсумковий контроль: диференційний залік.
ПР 17. Демонструвати соціально відповідальну та свідому поведінку, слідувати гуманістичним та демократичним цінностям у професійній та громадській діяльності.	Розробка презентації психопрофілактичного чи психоедукаційного заходу. Апробація результатів дослідження в рамках участі у науковому заході (конференції, семінарі, майстер-класі).	Захист звітних матеріалів на підсумковій конференції. Підсумковий контроль: диференційний залік.
ПР 18. Вживати ефективних заходів щодо збереження здоров'я (власного й оточення) та за потреби визначати зміст запиту до супервізії.	Психологічний прогноз щодо розвитку особистості; проведення і опис психопрофілактичного заходу на основі сучасних здоров'язбережувальних технологій для фахівців мультидисциплінарних команд (лікарів та медичних працівників, освітян, фахівців ІРЦ) з профілактики професійного вигорання та розвитку стресостійкості	Захист звітних матеріалів на підсумковій конференції. Підсумковий контроль: диференційний залік.

ІХ. ВИМОГИ ЩОДО ОФОРМЛЕННЯ ЗВІТНОЇ ДОКУМЕНТАЦІЇ ПРО ПРОХОДЖЕННЯ ПРАКТИКИ

Перелік звітної документації:

1. Довідка про проходження виробничої практики (зразок у Положенні про практичну підготовку)
2. Матеріали практики

- ✓ портфолію нормативно-правових та законодавчих документів, що регулюють діяльність клінічного психолога;
- ✓ професіограма клінічного психолога (презентація);
- ✓ психодіагностичний мінімум методик та протоколів для клініко-психологічного дослідження
- ✓ матеріали клініко-психодіагностичного дослідження, кількісний, якісний і статистичний аналіз результатів, наочне представлення отриманих результатів, висновки психодіагностичного дослідження;
- ✓ опис протоколів клініко-психологічного спостереження та клінічної бесіди;
- ✓ протокол дослідження особистості клієнта біографічним методом в клінічній практиці;
- ✓ психологічний прогноз щодо розвитку особистості, перспектив психологічного супроводу та лікувально-відновлювального впливу;
- ✓ опис клінічного кейсу
- ✓ плану індивідуальної траєкторії психологічного супроводу клієнта в клінічній практиці;
- ✓ опис психопрофілактичного чи прихоедуюкаційного заходу на основі сучасних здоров'язберезувальних технологій, зокрема для фахівців мультидисциплінарних команд (лікарів та медичних працівників, освітян, фахівців ІРЦ) з профілактики професійного вигорання та розвитку стресостійкості;
- ✓ підтвердження участі у неформальній освіті з метою підвищення кваліфікації з фаху;
- ✓ підготовка матеріалів для публікації результатів дослідження у матеріалах конференцій, закордонних або фахових виданнях України;
- ✓ висвітлення результатів дослідження та розробок на віртуальній платформі Лабораторії психології здоров'я (<https://dfn.mdpu.org.ua/course/view.php?id=6832>) Мелітопольського державного педагогічного університету імені Богдана Хмельницького

Х. КРИТЕРІЇ ОЦІНЮВАННЯ

№	Види діяльності	Максимальна кількість балів
Блок 1. Нормативно-правове забезпечення діяльності клінічного психолога		
1.	Складання портфолію нормативно-правових та законодавчих документів, що регулюють діяльність клінічного психолога	5
2.	Розробка професіограми клінічного психолога (презентація)	10
Блок 2. Планування, організація та проведення психологічного дослідження в клінічній практиці		
3.	Складання психодіагностичного мінімуму методик та	5

	протоколів для клініко-психологічного дослідження	
4.	Проведення клініко-психологічного дослідження. Обробка результатів: кількісна, якісна і статистична. Узагальнення даних клініко-психологічного дослідження. Опис протоколів клініко-психологічного спостереження та клінічної бесіди	20
5.	Проведення та опис протоколу дослідження особистості клієнта біографічним методом в клінічній практиці	5
8.	Формулювання висновків клініко-психологічного дослідження, складання психологічного прогнозу щодо розвитку особистості, перспектив психологічного супроводу та лікувально-відновлювального впливу	5
9.	Опис та аналіз клінічного кейсу	5
Блок 3. Психологічний супровід в клінічній практиці		
10.	Складання плану індивідуальної траєкторії психологічного супроводу клієнта в клінічній практиці	10
11.	Розробка, апробація та самоаналіз психопрофілактичного заходу на основі сучасних здоров'язберезувальних технологій для фахівців мультидисциплінарних команд з профілактики професійного вигорання та розвитку стресостійкості	10
Блок 4. Індивідуальна траєкторія професійного зростання		
12.	Участь у неформальній освіті - підвищення кваліфікації в галузі клінічної психології	10
13.	Апробація та оприлюднення результатів дослідження (участь у наукових заходах, публікація тез або наукової статті)	10
14.	Захист результатів практики у підсумковій конференції	5
Загальна кількість балів		100

Характеристика критеріїв оцінювання знань	Якісна шкала	Максимальна кількість балів - 5	Максимальна кількість балів - 10	Максимальна кількість балів - 20
Високий рівень Характеризується глибокими, міцними, узагальненими, системними знаннями – з предмета, уміннями застосувати знання, творча, навчальна діяльність має дослідницький характер,	відмінно	5	9-10	18-20

позначена уміньми самостійно оцінювати різноманітні життєві ситуації, явища, факти, виявляти і відстоювати особистісну позицію.				
Високий рівень Характеризується глибокими і міцними знаннями – з предмета, уміньми застосувати знання, творча, навчальна діяльність має частково дослідницький характер, позначена уміньми самостійно оцінювати різноманітні життєві ситуації, явища, факти, виявляти і відстоювати особистісну позицію.	добре	4	8	15-17
Достатній рівень Характеризується знаннями суттєвих ознак, понять, явищ, закономірностей, зв'язків між ними. Студент самостійно засвоює знання у стандартних ситуаціях, володіє розумовими операціями (аналізом, синтезом, узагальненням, порівнянням, абстрагуванням), уміє робити висновки, виправляти допущені помилки.	добре	3	6-7	12-14
Середній рівень Знання неповні, поверхневі. Студент відновлює основний навчальний матеріал, але недостатньо осмислено, не вміє самостійно аналізувати, робити висновки. Здатний вирішувати завдання за зразком. Володіє елементарними вміннями навчальної діяльності.	задовільно	2	5	9-11
Початковий рівень Відповідь студента при відтворенні навчального матеріалу елементарна,	задовільно		3-4	6-8

фрагментарна, обумовлюється початковим уявленням про предмет вивчення.				
Незнання значної частини навчального матеріалу, суттєві помилки у відповідях на питання, невміння застосувати теоретичні положення при розв'язанні практичних задач.	Не зараховано (з можливістю повторного складання)	1	2-3	3-5
Незнання значної частини навчального матеріалу, суттєві помилки у відповідях на питання, невміння орієнтуватись при виконанні практичних задач, незнання основних фундаментальних положень	Не зараховано (з обов'язковим повторним вивченням освітнього компонента)	0	0-1	0-2

Співвідношення балів національної оцінної, ECTS і 100 – бальної оцінної шкали

Сума балів за всі види навчальної діяльності	Оцінка ECTS	Оцінка за національною шкалою	
		для екзамену, курсового проекту (роботи), практики	для заліку
90-100	A	відмінно	зараховано
82-89	B	добре	
74-81	C		
64-73	D	задовільно	
60-63	E		
35-59	FX	незадовільно з можливістю повторного складання	не зараховано з можливістю повторного складання
0-34	F	незадовільно з обов'язковим повторним вивченням дисципліни	не зараховано з обов'язковим повторним вивченням дисципліни

XI. ПІДВЕДЕННЯ ПІДСУМКІВ ПРАКТИКИ

Після закінчення терміну практики здобувачі вищої освіти звітують про виконання програми практики на підсумковій конференції.

Звіт з виробничої практики приймається і оцінюється науково-педагогічним працівником-керівником практики від кафедри. Звіт з виробничої практики захищається у комісії, призначеній завідувачем кафедри психології, на підсумковій конференції. Оцінка з практики виставляється здобувачам вищої освіти відповідно до діючої системи оцінювання в Університеті та на підставі перевірки відповідної звітної документації; характеристики керівника практики з боку закладу, підприємства, установи, організації; презентації результатів проходження практики під час захисту звіту.

Оцінювання здійснюється відповідно до критеріїв оцінювання результатів навчання за видами діяльності здобувачів вищої освіти на практиці. Формою підсумкового контролю є диференційований залік.

XII. ПЕРЕЛІК НАВЧАЛЬНО-МЕТОДИЧНОЇ ЛІТЕРАТУРИ.

1. Аймедов К.В.. Клінічна психологія в експертній діяльності: практикум: навч. посіб. для студ., магістрів психол. спец. і напрямів підготов. слухачів курсів підвищ. кваліфікації / К.В. Аймедов, В.Є Луньов, Л.Р. Нікогосян; за ред. В.Є Луньова; Одес. нац. мед. ун-т. – 2-е вид. – Одеса: ОНМедУ, 2015. – 300 с.
2. Бойко Г.М. Реабілітаційна психологія: посібник [для студ. вищ. навч. закл.] – Полтава: АСМІ, 2010. – 240 с.
3. Бріер Д., Скот К. Основи травмофокусованої психотерапії. – Львів: Свічадо, 2015. – 448 с.
4. Буленко Т.В. Діагностика особистості в практичній діяльності психолога. / Т.В. Буленко, М.І. Мушкевич, Р.П. Федоренко. – Луцьк, 1996.
5. Возніцина К., Сіренко Т., Грудій М. Модель центру відновлення психічного здоров'я для постраждалих від війни. На основі досвіду ДЗ «Центр психічного здоров'я та реабілітації ветеранів «Лісова поляна» МОЗ України», 2023. – 88 с.
6. Галецька І. Клініко-психологічне дослідження: навч. посібник. Львів: ЛНУ імені Івана Франка, 2015. 242 с.
7. Галецька І., Сосновський Т. Психологія здоров'я: теорія та практика. Львів: Видавничий центр ЛНУ імені Івана Франка, 2006. – 338 с.
8. Герман Дж. Психологічна травма та шлях до видуження: наслідки насильства – від знущань у сім'ї до політичного терору. Львів: Видавництво Старого Лева, 2019. – 424 с.
9. Горбунова В.В., Карачевський А.Б., Климчук В.О., Нетлюх Г.С., Романчук О.І. Соціально-психологічна підтримка адаптації ветеранів АТО: посібник для ведучих груп. – Львів: Інститут психічного здоров'я Українського католицького університету, 2016. – 96 с.
10. Гридковець. Л. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи : навчальний посібник. Том 3. Київ, 2018. 236 с.

11. Диференційна діагностика неврозів: метод. рек. / автори-упоряд. В.В. Кардаш., Н.І. Кардаш. – Луцьк, 2000.
12. EMDR. Подолання наслідків психотравми: практичний посібник / за ред. Арне Гофмана. – Львів: Свічадо, 2017. – 259 с.
13. Зливков В.Л., Лукомська С.О. Теорія та практика психологічних тренінгів. К.- Ніжин: Видавець ПП Лисенко М.М., 2019. 209 с.
14. Зливков В.Л., Лукомська С.О., Федан О.В. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях. К.: Педагогічна думка, 2016. 219 с. - https://drive.google.com/file/d/1CwK_ry21PRa1kuwHca-dnc8Q-3c9kEx9/view?usp=sharing
15. Іванова О.Л., Пінчук І.Я., Хаустова О.О., Степанова Н.М., Чайка А.В., Пінчук А.О. Методичні рекомендації щодо надання першої психологічної допомоги сім'ям з дітьми, дітям, які перебувають/перебували у зоні збройного конфлікту. Підтримка реформи соціального сектору в Україні/ під ред. О.Л. Іванова. URL: <http://zn-upszn.at.ua/DOK/methodic.pdf>
16. Карманное руководство к МКБ-10: Классификация психических и поведенческих расстройств (с глоссарием и исследовательскими диагностическими критериями /сост. Дж.Е. Купер; под ред. Дж.Е. Купера. – Київ: Сфера, 2000. – 464 с.
17. Керівництво МПК з психічного здоров'я та психосоціальної підтримки в умовах надзвичайної ситуації. – Київ: ПУЛЬСАРИ, 2017. – 216с.
18. Клінічна психодіагностика: практикум / Редактор-упорядник проф. М.В. Миколайський. – Івано-Франківськ: Місто НВ, 2006. – 228 с.
19. Клінічна психологія: словник-довідник / Авт.-уклад. С.В. Діденко К.: Академвидав, 2012.– 320 с.
20. Кокур О.М., Агаєв Н.А., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Остапчук В.В. Психологічна робота з військовослужбовцями – учасниками АТО на етапі відновлення: Методичний посібник. – К.:НДЦ ГП ЗСУ, 2017. – 282 с.
21. Кокур О.М., Агаєв Н.А., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Корня Л.В. Психологічна оцінка суїцидального ризику у військовослужбовців. Методичний посібник. К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2019. 206 с. - <https://drive.google.com/file/d/1VqPHFF50Z8qckQa0i8ttKUFjy4iiJtfv/view?usp=sharing>
22. Комінко С.Б. Кращі методи психодіагностики. / С.Б. Комінко, Г.В. Кучер. – К.: Карт-бланш, 2005.
23. Консультативна психологія: підручник/ І.С. Булах, В.У. Кузьменко, Е.О. Помиткін [та ін.]: – Вінниця: ТОВ «Нілан-ЛТД», 2014. – 482 с.
24. Коцан І.Я. Психологія здоров'я людини: навч. посіб. / І.Я. Коцан, Г.В. Ложкін, М.І. Мушкевич за ред. І.Я. Коцана.– Луцьк: РВВ «Вежа» Волин. нац. ун-ту ім. Лесі Українки, 2009. – 316 с.
25. Кравченко О. О., Міщенко М. С., Левченко Н. В. та ін. Соціально-психологічна реабілітація дітей та молоді з особливими освітніми потребами: інноваційні технології природотерапії: монографія / МОН України, Уманський держ. пед. ун-т імені Павла Тичини. Умань: Візаві, 2020. 144 с.

26. Кризова психологія: навчальний посібник / за заг. ред. проф. О.В. Тімченка. – Харків: НУЦЗУ, 2010. – 401 с.
27. Кулеша-Любінець М.М. Психологічний супровід перебування дитини у лікувально-профілактичному закладі: методичні рекомендації. Івано-Франківськ: Видавець Кушнір Г.М., 2017. – 72 с
28. Литвиненко С.А., Ямницький В.М. Психологія травми: трансгенераційний та феноменологічний аспекти. URL: rbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/cgiirbis_64.exe?
29. Лісова О.С. Психологія суїцидальної поведінки./ О.С. Лісова – Чернівці: [б. в.] 2004. – 233 с.
30. Магдисюк Л.І. Основи психологічного консультування: навч. посіб. / Людмила Іванівна Магдисюк, Раїса Петрівна Федоренко. – Луцьк: Вежа-Друк, 2022. – 360 с.
31. Максименко С.Д. Медична психологія / [Максименко С.Д., Цехмістер Я.В., Коваль І.А., Максименко К.С.]; за заг. ред. С.Д. Максименка – К., 2014. – 520 с.
32. Максименко С.Д., Шевченко Н.Ф. Психологічна допомога тяжким соматично хворим. – К.: Миланик, 2007. – 142 с. (МОН України № 14/18 Г1273 від 01.12.2006)
33. Медична психологія: навч. посіб. / [Пошук Н.Г., Маркова М.В., Кондратюк А.І., Стукан Л.В.]. – Вінниця: [Горбачук І.П.], 2010. – 135 с.
34. Міжвідомчий постійний комітет (МПК). (2007). Психічне здоров'я та соціальнопсихологічна підтримка в надзвичайних ситуаціях. Женева: МПК.
35. МКХ-10 – онлайн-довідник Міжнародна Класифікація Хвороб. МКБ-10. URL: <https://mkh10.com.ua/>.
36. Мобільна психологічна допомога. Канадсько-українська фундація. URL: <http://psyservice.org>.
37. Монотравми і політравми: класифікація та ознаки. URL: biomedicina.com.ua/mo-otravmy-i-politravmy-klassyfikatsiya-ta-oznaky/
38. Мороз Р.А. Психологія травмуючих ситуацій та надання психологічної допомоги: методичні рекомендації. Миколаїв: Іліон, 2016. – 224 с.
39. Морозов С.М., Бондар В.В. Клінічна психологія: навч. посіб. / Інститут післядипломної освіти Київського національного ун-ту ім. Тараса Шевченка. – К.: ІПО КУ ім. Тараса Шевченка, 2001. – Ч. 1: Психологія лікувальних впливів. Феномен плацебо. – 114 с.
40. Морозов С.М., Психодіагностика. Тести. Методика та практика застосування / С.М. Морозов, Л.В. Музиченко, А.В. Тімакова – К.: Главник, 2004.
41. Мушкевич М.І. Клінічна психодіагностика: методичні рекомендації для студентів ф-ту психол. Луцьк, 2006. 170 с.
42. Найдьонов М.І. Психологія травмівних ситуацій. URL: science.radioritual.ru/5957669472195397.html

43. Неурова А.Б., Капінус О.С., Грицевич Т.Л. Діагностика індивідуально-психологічних властивостей особистості: навчально-методичний посібник. Львів: НАСВ, 2016. 181 с.
44. Никоненко Ю.П. Клінічна психологія: навчальний посібник / укл. Ю.П. Никоненко. К., 2016. – 369 с.
45. Нормативно-правові документи, що регламентують працю психолога в різних сферах практичної діяльності / навчально-методичний посібник/ авт.-укл. К.А. Андроннікова, О.Л. Луценко. – Х.: ХНУім. В.Н. Каразіна, 2015. – 68 с.
46. Оверчук В.А. Реабілітаційна психологія: навчальний посібник для студентів ВНЗ. – Вінниця: Міленіум, 2007. – 295 с.
47. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник / заг.ред. Н. Пророк. Том 1. – Київ, 2018. – 208 с.
48. Охорона психічного здоров'я в умовах війни / пер. з англ. Тетяна Семигіна, Ірина Павленко, Євгенія Овсяннікова [та ін.]. К.: Наш формат, 2017. 1068 с.
49. Перепелюк Т.Д., Ільченко І.С. Організація і методика соціально-психологічних тренінгів: навчальний підручник / Т.Д. Перепелюк, І.С. Ільченко. Умань: видавничо-поліграфічний центр «Візаві», 2014. 255 с.
50. Поліщук С.А. Методичний довідник з психодіагностики: Навчально-методичний посібник / С.А. Поліщук – Суми: ВТД «Університетська книга», 2009. – 442 с.
51. Посттравматичний стресовий розлад: посібник / Венгер О.П., Ястремська С. О., Рега Н.І. та ін. – Тернопіль: ТДМУ, 2016. – 264 с.
52. Практикум із групової психокорекції: підручник / С.Д. Максименко, О.О. Прокоф'єва, О.В. Царькова, О.В. Кочкурова. – Мелітополь: Видавничо-поліграфічний центр «Люкс», 2015. – 414 с.
53. Практична психосоматика: діагностичні шкали. Навчальний посібник / За заг. ред. О.О. Чабана, О.О. Хаустової. – 2-ге видання, виправлене і доповнене. – К.: Видавничий дім Медкнига, 2019. – 112 с.
54. Практична психосоматика: діагностичні шкали: навчальний посібник / за заг. ред. О.О. Чабана, О.О. Хаустової. К: ВНТУ, 2018. – 108 с.
55. Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій: методичний посібник / З.Г. Кісарчук, Я.М. Омельченко, Г.П. Лазос, Л.І. Литвиненко, Л.Г. Царенко; за ред. З.Г. Кісарчук. – Київ: ТОВ “Видавництво “Логос”. – 207 с.
56. Психологічна допомога у клініці: навч.-метод. посіб. / Р.П. Федоренко, О.М. Хлівна, Т.І. Дучимінська, Л.І. Магдисюк, С.В. Борцевич. – Луцьк: Вежа-Друк, 2018. – 224 с.
57. Психолого-корекційний практикум травм війни: навч. посіб. / І. Сулятицький, К. Островська, В. Осьодло та ін. Львів, 2019. – 396 с.
58. Психосоціальна допомога в роботі з кризовою особистістю: навчальний посібник / наук. ред. та керівник проблем. групи Л.М. Вольнова. – Київ, 2012. – 275 с.
59. Психологу для роботи: Діагностичні методики: збірник. Уклад М.В. Лемак, В.Ю. Петрище. Ужгород: Вид-во Олександра Гаркуши, 2012. 616 с. -

https://drive.google.com/file/d/1jj5XSyr8lwR9cbnUCTUg8V1Dw5N_Mv0A/view?usp=sharing

60. Романчук О.І. Психотравма та спричинені нею розлади: прояви, наслідки й сучасні підходи до терапії. URL: https://i-cbt.org.ua/wp-content/uploads/2017/11/Romanchuk_PTSD.pdf

61. Романчук О. Сім'я що зцілює: Основи терапевтичного батьківства дітей, що зазнали скривдження та емоційного занедбання. Путівник для прийомних батьків і не тільки / О. Романчук [Електронний ресурс] Режим доступу: <http://ipz.ucu.edu.ua/books/healing-family/>

62. Сафін О. Реабілітація та реадптація учасників бойових дій: психологічний дискурс. Збірник наукових праць Національної академії Державної прикордонної служби України. Серія психологічні науки. 2020. 13(2): С.244-263. DOI: 10.32453/5.v13i2.178

63. Синопис діагностичних критеріїв DSM-V та протоколів NICE для діагностики та лікування основних психічних розладів у дітей та підлітків/ пер. з англ.; упор. та наук. ред. Леся Підлісецька. – Львів: Вид-во Українського Католицького Університету, 2014. – 112 с.

64. Соціально-психологічні технології відновлення особистості після травматичних подій: практичний посібник / [Т.М. Титаренко, М.С. Дворник, В.О. Климчук та ін.]; за наук. ред. Т.М. Титаренко / Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології. – Кропивницький: Імекс-ЛТД, 2019. – 220 с.

65. Старков Д.Ю., Ярий В.В., Олішевський О.В. Організація стаціонарної медико-психологічної реабілітації розладів, пов'язаних з психічною травмою та стресом: науково-методичний посібник. Київ: ФОП Ямчинський О.В., 2023. – 136 с.

66. Терапевтичні казки у дитячій лікарні / за ред. Кулеші-Любінець М. Івано-Франківськ: Видавець Кушнір Г.М., 2018. 64 с.

67. Федоренко Р.П., Шкарлатюк К.І. Психологічна практика у клініці: навчально-методичний посібник. Луцьк, 2013.

68. Цимбалюк І.М. Психологічне консультування та корекція: Навч. посіб. Модульно-рейтинговий курс. / М. Цимбалюк – 2-ге вид., випр. і доп. – К.: ВД «Професіонал», 2007. – 544 с.

69. Чабан О.С. Психосоматична медицина (аспекти діагностики та лікування) / О.С. Чабан, О.О. Хаустова. К., 2000.

70. Шебанова С.Г., Шебанова В.І. Клінічна психологія: навчально-методичний посібник. – Херсон, 2009.– 192 с.

71. Multidisciplinary team working: from theory to practice: discussion paper (Mental Health Commission). (2006).

72. Nevo I., & Slonim-Nevo V. (2011). The Myth of Evidence-Based Practice: Towards Evidence-Informed Practice. British Journal of Social Work, 41(6), 1176-1197. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcq149>

73. People-centred health care: a policy framework. (2013, 2 грудня). World Health Organization (WHO). <https://www.who.int/publications/i/item/9789290613176>

74. Principles of care underpinning the clinical care standards. (б.д.). Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. <https://www.safetyandquality.gov.au/standards/clinical-care-standards/about-clinical-care-standards/principles-care>

75. Witvliet, C.V.O., Phillips, K.A., Feldman, M.E., & Beckham, J.C. (2004). Posttraumatic mental and physical health correlates of forgiveness and religious coping in military veterans //Journal of Traumatic Stress, 17(3), 269-273.

ДОДАТКИ

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ДО ВИКОНАННЯ ОКРЕМИХ ЗАВДАНЬ ПРАКТИКИ

ДОДАТОК А

Схема складання професіограми

На основі кваліфікаційної характеристики посади клінічного психолога, посадової інструкції і матеріалів, наведених вище відносно змісту діяльності клінічного психолога, спробуйте скласти задачно-особистісну професіограму цього фахівця (додати презентаційні матеріали).

Вступні зауваження.

Професіограма (від лат. Professio – спеціальність, Gramma – запис) – опис особливостей конкретної професії, що розкриває специфіку професійної праці і вимог, які пред'являються до фахівця. Включає в себе опис виробничо-технічних, соціально-економічних умов трудової діяльності, а також психофізіологічних вимог, що пред'являються професією до людини. Розрізняють два види професіограм: професіокарт і повні професіограми.

Професіограма описує психологічні, виробничі, технічні, медичні, гігієнічні та інші особливості спеціальності, професії. У ній вказують функції даної професії і труднощі в її освоєнні, пов'язані з певними психофізіологічними якостями людини і з організацією виробництва. Вона включає в себе психограму – портрет ідеального або типового професіонала, сформульований в термінах психологічно вимірних властивостей. Психологічна професіограма виходить в ході психологічного аналізу професійної діяльності.

Професіограма складається фахівцем по роботі з персоналом спільно з керівником відповідного підрозділу на конкретну професію, посаду та відображає:

- ✓ вимоги до посадових обов'язків працівника;
- ✓ вимоги до робочого місця;
- ✓ можливі шляхи подальшого професійного маршруту працівника;
- ✓ варіанти професійного навчання, перенавчання, підвищення кваліфікації та ін., т. е. все про конкретну посаду стосовно специфіки даної фірми.

Професіограму доцільно розробляти за певною методологічною схемою: професія → професійно значущі вимоги до працівника → професійно важливі якості → рівень вимог до відповідних професії психофізіологічним властивостям (ПФС) → методи дослідження → ранжування рівня розвиненості ПФС → норми оцінки ПВК → психограма → професійний відбір та адаптація працівника → прогнозування його професійного маршруту → види і форми додаткової підготовки (перепідготовки, підвищення кваліфікації).

Виділяються наступні методологічні принципи розробки професіограм:

а) системність – в професіограмі повинні відображатися специфіка і значимість конкретної посади в структурі фірми, а також можливий

професійний маршрут працівника;

б) цілісність – оцінка та аналіз професійно важливих якостей діяльності повинні бути проведені в психофізіологічному, психічному, інформаційному та ментальному аспектах особистості;

в) практичність – результати тестових досліджень повинні подаватися в термінах, що застосовуються в практичному напрямку прикладної психофізіології, а інструментальні методи повинні бути максимально апробовані для використання у сфері бізнесу;

г) науковість і сучасність – методологія досліджень має бути розроблена з урахуванням новітніх наукових концепцій, методів і знань;

д) ефективність – в результаті має бути запропоновано практичне вирішення проблеми роботи з персоналом.

Важливою складовою частиною професіограми є психограма – опис психологічних характеристик конкретної професійної діяльності, сукупності психофізіологічних і особистісних якостей працівника, важливих для її успішного здійснення.

При складанні психограми необхідне поєднання знань і досвіду професійного психодіагноста і фахівця, який знає професію, – в цьому основна складність. Психодіагност повинен зануритися в атмосферу роботи фірми, отримати докладні консультації фахівців з конкретних видів діяльності. Найчастіше психограми створюються психологічними службами під замовлення конкретних фірм, в яких робота з персоналом виведена на сучасний рівень. Також цю роботу можуть виконати і спеціально підготовлені штатні психологи фірми у взаємодії з керівниками підрозділів.

ДОДАТОК Б

МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ КЛІНІКО-ПСИХОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

Алгоритм клініко-психологічного дослідження

Проведення психодіагностичного дослідження:

- ✓ розробити програму клініко-психологічного дослідження, спираючись на рекомендації керівника кваліфікаційної роботи та психолога установи, де проходить практика;
- ✓ підібрати валідні і надійні психодіагностичні методики, користуючись рекомендованою літературою, за необхідності – розробити анкетування;
- ✓ провести психодіагностичне дослідження з урахуванням етики діяльності психолога, зробити опис вибірки;
- ✓ обробити результати дослідження (кількісно, якісно і статистично). Для статистичної обробки результатів рекомендовано користуватися онлайн-калькуляторами (<https://www.socscistatistics.com/>, <https://www.eztests.xyz/>);
- ✓ узагальнити результати дослідження і представити їх у вигляді таблиці та/ або діаграм. Зразки оформлення представлені у Методичних рекомендаціях з підготовки і захисту кваліфікаційних робіт з психології (<https://inst.mdpu.org.ua/navchalno-naukovyj-institut-sotsialno-pedagogichnoyi-ta-mystetskoyi-osvity/kafedra-psihologiyi/osvitnij-protses-kafedri-psihologiyi/pidgotovka-do-atestatsiy/>);
- ✓ сформулювати висновки дослідження,
- ✓ скласти психологічний прогноз;
- ✓ до звіту додати застосований психодіагностичний інструментарій.

Методи дослідження в клінічній психології

Функції клініко-психологічної діагностики

Клініко-психологічна діагностика має наступні функції: опис, класифікація, пояснення, прогноз, оцінювання, які можуть відноситись як до окремих індивідів, так і до міжособистісних систем (партнерів, сімей, груп, організацій). В залежності від функцій і мети обираються різні діагностичні концепції, процеси, методи дослідження.

✓ Опис. Це вихідний базис всіх інших функцій (класифікації і т.д.). В описі визначаються проблеми або психологічні порушення одного індивіда або міжособистісної системи, а також тип, вираженість цих проблем або порушень. При цьому в клінічній практиці доводиться переводити непрофесійні висловлювання (скарги) в специфічні діагностичні запитання.

✓ Класифікація. На основі опису здійснюється спроба впорядкування по системам класифікації (наприклад, МКХ-10; DSM-IV). В клінічній практиці під класифікацією мається на увазі віднесення пацієнта до якоїсь діагностичної одиниці, але процес класифікації не обмежується тільки цим (наприклад, може бути впорядкування по відношенню до інтервенції). В медицині діагностика часто співпадає з класифікацією (встановлення діагнозів); але це завдання є тільки однією із функцій діагностики.

✓ Пояснення. Клініко-психологічна діагностика робить свій внесок в пояснення психічних порушень, надаючи для цього по можливості вичерпні і точні необхідні дані.

✓ Прогноз. У процесі клініко-психологічної діагностики прогнозується перебіг психічних порушень, як з врахуванням інтервенцій, так і без них. В першому випадку прогноз перебігу хворобливих змін містить висловлювання про вірогідність успіху терапії. Теоретичні рамки для прогнозу – це теорії виникнення, підтримки та зміни психічних порушень. При цьому беруться до уваги особливості пацієнта, психотерапевта, ситуації та інтеракції.

✓ Оцінювання. В клінічній практиці оцінювання відіграє особливо велику роль і для окремих інтервенцій, і для систем забезпечення. В дослідженні інтервенції оцінювання базується в основному на вимірюванні змін (аналіз процесу).

Систематика методів дослідження

Бауман і Штігліц розрізняють наступні групи методів:

✓ Самоспостереження у формі опитувань, заснованих на власній оцінці.

✓ Стороннє спостереження у формі методів, заснованих на сторонній оцінці (іноді називається сторонній рейтинг), при яких найчастіше потрібна градація конструктів, таких як концентрація уваги, депресивність і т. д.

✓ Стороннє спостереження у формі спостереження за поведінкою (реєстрація характеристик поведінки).

✓ Інтерв'ю.

✓ Методи діагностики діяльності.

✓ Проективні методи.

Змістовно-аналітичні методи, якими оцінюються тексти (власні або викладені).

Важливу для клініки відмінність в методах можна виділити на основі положень теорії прийняття рішень. З цієї точки зору ми розрізняємо «широкосмугові» і «вузькосмугові» методи: перші містять багато інформації з меншою точністю, другі – мало інформації, але з великою точністю. Саме в клінічній галузі часто необхідні широкосмугові методи (наприклад, інтерв'ю), щоб отримати певне уявлення про індивіда. Таким чином, користь методу визначається не тільки формальними критеріями якості, але розглядається більш комплексно в сукупності з іншими методами дослідження.

Види, цілі та функції діагностики. Негативна і позитивна діагностика: сенс і цілі.

Вся діагностика, що використовується в клінічній психології ділиться на позитивну і негативну. Негативна – це вид досліджень, що використовуються при різних станах порушень як психічного, так і соматичного здоров'я, метою яких є постановка діагнозу, виявлення патологічних механізмів функціонування, акцентуації і тому подібне, диференціація їх від інших подібних порушень і станів. Результати негативної діагностики застосовуються в психіатрії, нейропсихології, психокорекції та ін. Позитивна діагностика використовується для виявлення особистісних (індивідуальних) особливостей

психіки людини, характеру протікання деяких її психічних функцій і ряду показників. Дані, отримані при використанні цього виду діагностики, застосовуються в багатьох прикладних сферах (наприклад при різних професійно-трудовах експертизах, індивідуальному і груповому консультуванні і тому подібне).

Умовно, всі види діагностики, що використовуються в рамках клінічної психології, можна розділити на:

1. Клінічні:
 - ✓ диференціально-діагностичні;
 - ✓ топічні.
2. Діагностику структури і міри вираженості порушень психічних функцій
3. Діагностику особистісних особливостей пацієнта.
4. Діагностику аномалій розвитку в дитячому віці.
5. Експертизи:
 - ✓ військово-медичну;
 - ✓ медично-трудова;
 - ✓ судово-психіатричну;
 - ✓ медико-педагогічну;
 - ✓ реабілітаційну.
6. Методи оцінки ефективності психокорекційного впливу. Оскільки психопатологічні прояви є результативним вираженням прихованих змін складних мозкових процесів, то розкрити характер порушень, що лежать в їх основі, не можна на підставі лише аналізу цих проявів. Наслідком цього стало вивчення закономірностей порушення мозкових процесів, структури і природи психічних захворювань та патологічних станів мозку на всіх рівнях в тому числі і методами психології. Таким чином, експериментально-психологічне дослідження повинне відповісти на питання, яким чином порушені перебіг та структура самих психічних процесів.

У вивченні конкретних аномалій розвитку особистості і недорозвинення психіки основні завдання психологічних досліджень пов'язані з виявленням тих основних компонентів психічної діяльності, недорозвинення або аномалія яких обумовлює формування патологічної структури психіки.

Як правило, психологічні методи, що використовуються в цілях діагностики є розумовими і практичними завданнями, які пропонуються хворим у вигляді різних комбінацій залежно від конкретних цілей діагностики. Так, для виявлення стомлюваності використовують рахунок по Крепеліну, метод відшукування чисел; для виявлення патології пам'яті – тести на заучування слів або/і цифр, опосередковане запам'ятовування за допомогою зорових образів і ряд інших. Існує також безліч як патопсихологічних так і нейропсихологічних методик вивчення розладів мови, сприйняття та ін. Всі ці методики направлені переважно на виявлення інтелектуальних, мовних, перцептивних та інших розладів, а можливості експериментально-психологічного виявлення симптомів зміни властивостей особистості (емоційних, мотиваційних і ін.) більш обмежені.

Разом з вище переліченими завданнями ці методи відіграють і самостійну роль в розпізнаванні і діагностиці ряду психічних, неврологічних і соматичних захворювань. В цьому випадку вони не є продовженням і доповненням клінічного аналізу психічного або соматичного статусу хворого, а розширюють можливості цього аналізу.

Одним з основних і найбільш плідних шляхів розвитку клінічної психології є експериментальне вивчення закономірностей зміненого протікання психічних процесів при різних патологіях мозку. Цей підхід характеризується наступними критеріями:

- 1) експериментальні методики не уніфіковані, а є направленими на вивчення порушень певного роду, обумовлених патологією психіки (наприклад метод формування штучних понять);
- 2) ці методики будуються за принципом моделювання певних ситуацій, що вимагають від хворого виконання завдань, в процесі виконання яких і з'являються патологічні явища, що цікавлять експериментатора (наприклад метод виключення предмету).

Разом з прицільним використанням діагностичних методів існує і поширений підхід, заснований на використанні ряду стандартизованих методів (опитувальників, тестів і тому подібне). Ці методи не пов'язані з вивченням структури самих психічних процесів, а спрямовані на встановлення і визначення вираженості властивостей і особливостей психіки та ряду інших характеристик. Умовно їх ділять на інтелектуальні (наприклад – метод Біне, методика Векслера) і особистісні (тест Роршаха, ТАТ та інш.). Вибір методів дослідження, що використовуються клінічним психологом, обумовлений тими завданнями, які виникають перед ним при виконанні професійних обов'язків. Діагностична функція диктує використання психологічних методик (батареї тестів, опитувальників і ін.), здатних оцінити як діяльність окремих психічних функцій, індивідуально-психологічних особливостей, так і диференціювати психологічні феномени і психопатологічні симптоми та синдроми. Психокорекційна функція має на увазі використання різних шкал, на підставі яких можливий аналіз ефективності психокорекційних і психотерапевтичних методик. Підбір необхідних методик здійснюється залежно від цілей психологічного обстеження; індивідуальних особливостей психічного, а також соматичного стану випробовуваного; його віку; професії і рівня освіти; часу і місця проведення дослідження. Всі методи дослідження в клінічній психології прийнято ділити на три групи:

- 1) клінічне інтерв'ювання,
- 2) експериментально-психологічні методи дослідження,
- 3) оцінка ефективності психокорекційного впливу.

Експериментально-психологічні (пато- і нейропсихологічні) методи дослідження

Патопсихологічні методи дослідження.

Під патопсихологічними дослідженнями (експериментами) в сучасній психології розуміється використання будь-якої діагностичної процедури з метою моделювання цілісної системи пізнавальних процесів, мотивів і

«стосунків особистості» (Б.В. Зейгарник), основним завданням якої є виявлення змін функціонування окремих психічних функцій. Патопсихологічний синдром – це патогенетично обумовлена група симптомів, ознак психічних порушень, які внутрішньо взаємообумовлені та взаємопов'язані (В.М. Блейхер) та є сукупністю поведінкових, мотиваційних, пізнавальних особливостей психічної діяльності хворих, виражених в психологічних поняттях. Вважається, що в патопсихологічному синдромі відображаються порушення різних рівней функціонування центральної нервової системи. На думку А.Р. Лурія в системі ієрархії мозкових процесів розрізняють такі рівні, як пато- біологічний, (який характеризується порушеннями морфологічної структури головного мозку, перебігу в ньому біохімічних процесів); фізіологічний, (який пов'язаний із змінами психофізіологічних процесів); пато- і нейропсихологічний, (для яких характерне порушення протікання психічних процесів та пов'язаних з ними властивостей психіки); психопатологічний, (який проявляється клінічними симптомами та синдромами психічної патології).

В результаті виявлення патопсихологічних синдромів можливою стає оцінка особливостей структури і протікання самих психічних процесів, що призводять до клінічних проявів – психопатологічних синдромів. Патопсихолог спрямовує своє дослідження на розкриття і аналіз певних компонентів мозкової діяльності, її ланок і чинників, випадання яких є причиною формування симптомів, які спостерігаються в клініці.

Виділяють наступні патопсихологічні реєстр-синдроми (І.А. Кудрявцев):

- ✓ шизофренічний;
- ✓ афективно-ендогенний;
- ✓ олігофренічний;
- ✓ екзогенно-органічний;
- ✓ ендогенно-органічний;
- ✓ особистісно-аномальний;
- ✓ психогенно-психотичний;
- ✓ психогенно-невротичний.

Шизофренічний симптомокомплекс складається з таких особистісно-мотиваційних розладів як: зміна структури та ієрархії мотивів, розлади розумової діяльності, що порушують цілеспрямованість мислення і смислоутворення (резонерство, зісковзування, різноплановість, патологічний полісемантизм); емоційні розлади (спрощення, дисоціація емоційних проявів); зміна самооцінки і самосвідомості (аутизм, сенситивність, відчуженість і підвищена рефлексія).

У *психопатичний (особистісно-аномальний) симптомокомплекс* входять: емоційно-вольові розлади; порушення структури та ієрархії мотивів; неадекватність самооцінки та рівня домагань; порушення мислення у вигляді «відносного афективного слабоумства»; порушення прогнозування і опори на минулий досвід.

Таблиця

Основні методи патопсихологічної діагностики при порушеннях тих чи інших сфер психологічної діяльності

Сфера психологічної діяльності, в якій виявлено порушення	Патопсихологічна методика
Розлади уваги	Таблиці Шульте; коректурна проба; методика Мюнстерберга.
Розлади пам'яті	Тест десяти слів; піктограма.
Розлади сприймання	Сенсорна збудливість; проби Ашафенбурга, Рейхардта, Ліпмана.
Розлади мислення	Тести на класифікацію, виключення, силогізми, аналогії, узагальнення; асоціативний експеримент; проблема Евер'є; піктограма; тест дискримінації властивостей понять.
Розлади емоцій	Тест Спілберга; метод кольорових виборів Люшера.
Розлади інтелекту	Тест Равена; тест Векслера.

Органічний (екзо – і ендогенний) симптомокомплекс характеризується такими ознаками, як: загальне зниження інтелекту; розпад наявних відомостей і знань; мнестичні розлади, що зачіпають як довгострокову, так і оперативну пам'ять; порушення уваги і розумової працездатності; порушення операційної сторони і цілеспрямованості мислення; зміна емоційної сфери з афективною лабільністю; порушення критичних здібностей і самоконтролю.

У олігофренічний симптомокомплекс входять такі прояви, як: нездатність до навчання і формування понять; дефіцит інтелекту; дефіцит загальних відомостей і знань; примітивність і конкретність мислення; нездатність до абстрагування; підвищена сугестивність; емоційні розлади.

Виділення патопсихологічних реєстр-синдромів дозволяє клінічному психологу не тільки зафіксувати порушення в різних сферах психічної діяльності, але і ранжувати їх по механізмах виникнення. Крім того, правильна кваліфікація патопсихологічного синдрому дозволяє клініцисту верифікувати нозологічний діагноз і у вірному руслі спрямувати корекційну і терапевтичну роботу. Більшою мірою реєстр-синдроми є значущими для патопсихологічних досліджень в психіатричній клініці, в меншій, в соматичній.

Патопсихологічна діагностика використовує батарею експериментально-психологічних методик-тестів, за допомогою котрих можлива оцінка функціонування як окремих сфер психічної діяльності, так і інтегративних утворень – типів темпераменту, особливостей характеру, особистих якостей.

Вибір конкретних методів і способів патопсихологічної діагностики в клінічній психології базується на виявленні кардинальних психопатологічних відхилень при різних типах психічного реагування в певних сферах психічної діяльності. В таблиці представлені показання для використання тих чи інших методів патопсихологічної діагностики.

Нейрологічні та нейропсихологічні тести

Деякі проблеми особистості або поведінки індивіда спочатку виникають через ушкодження мозку або при зміні мозкової діяльності. Травми голови, пухлини мозку, дисфункція мозку, інфекції та інші порушення – все це може

викликати органічні зміни. Якщо треба серйозно лікувати психічний розлад, необхідно знати, чи не лежать в його основі якісь фізіологічні порушення або органічні ураження мозку.

Існують методики, які можуть допомогти при виявленні патологій мозку. Деякі процедури, такі як хірургія мозку, біопсія та рентген, використовуються вже давно. Останнім часом розроблено кілька неврологічних тестів, спрямованих на пряме визначення структури мозку і його активності. Одним із таких тестів є електроенцефалографія (ЕЕГ), що реєструє електричні імпульси мозку, які виникають в результаті роботи нейронів. При цій процедурі електричні імпульси мозку реєструються за допомогою проводів, прикріплених до голови пацієнта.

Інші неврологічні тести дозволяють отримати «зображення», які показують структуру мозку або виявляють особливості його діяльності. До таких тестів відноситься аксіальна комп'ютерна томографія, при якій рентгенівські промені відображаються від мозку під різними кутами; позитронна емісійна томографія; комп'ютерний запис рівня хімічної активності мозку, а також магнітно-резонансна томографія.

Хоча подібні діагностичні процедури використовуються скрізь, вони все-таки не завжди здатні виявити приховані патології мозку. Нейропсихологічні тести, розроблені останнім часом, хоча і мають менш безпосередній підхід при обстеженні, можуть виявити більше результатів. При проведенні нейропсихологічних тестів для виявлення проблем, пов'язаних з мозком, в якості показників оцінюються когнітивні та моторні характеристики, а також здатність сприйняття. Пошкодження мозку особливо сильно впливають на зорове сприйняття, тимчасову пам'ять та візуально-моторну координацію, тому при проведенні тестів загалом звертається увага на дані показники.

Таким чином, нейропсихологічний тест – тест, за допомогою якого вимірюванням когнітивних і моторних характеристик виявляються мозкові порушення, а також особливості сприйняття. Наприклад, візуально-моторний гештальт-тест Бендера є одним із найбільш широко використовуваних нейропсихологічних тестів, складається із дев'яти карточок, на кожній з яких зображений простий малюнок. Пацієнти розглядають по одному малюнки на карточках і копіюють їх на листку паперу. Пізніше вони намагаються знову намалювати по пам'яті ці малюнки. До 12 років більшість людей здатні запам'ятати і відтворити ці малюнки. Помітні помилки в точності зображення є відображенням органічних порушень мозку.

Даний тест здатний виявити людей з органічними порушеннями в 75 % випадків. Однак жоден нейропсихологічний тест не здатний точно відрізнити один специфічний тип порушення діяльності мозку від іншого. Для того, щоб добитися більшої точності і чіткості, фахівці часто використовують серію, або батарею, нейропсихологічних тестів, кожний з яких спрямований на виявлення специфічних властивостей.

Генетико-моделюючий метод

Дослідницька діяльність слугує різним цілям клінічного психолога, але тільки завдяки використанню генетичних досліджень можна отримати знання

про зростання і розвиток людини протягом всього її життя. Крім того, вони є основним методом перевірки ефективності соціальних і педагогічних впливів. Розвиток особистості – це неперервний динамічний процес, який триває протягом всього життя пацієнта. У зв'язку з цим, особливої актуальності набуває використання генетико-моделюючого методу в галузі клініко-діагностичної інтервенції, як методу, зосередженого на змінах психіки, що виникають у клієнта з плином часу (С.Д. Максименко).

Експериментально-генетичний метод несе безпосередньо у собі способи побудови вищих психічних функцій, які присвоюються суб'єктом у процесі перетворення ним певного змісту. При цьому саме перетворення поєднує у собі генетичний та структурно-функціональний моменти об'єктивної реальності й обумовлює тим самим наявність подібних структур (у вигляді способів аналізу) в самому психічному.

У Г. Олпорта ми зустрічаємо поділ всіх існуючих методів дослідження особистості на дві полярні групи – *номотетичні та ідеографічні*. І цей поділ виявляється настільки важливим, що, як доводить автор, йому відповідають два різні теоретичні підходи до вивчення особистості, які отримують ті самі назви.

Ідеографічний (морфогенетичний) підхід полягає у спробі досліджувати особистість як унікальну цілісність і передбачає застосування відповідних методів та методичних процедур.

Номотетичний підхід є, власне, традиційно існуючим напрямом – коли особистість штучно розкладається на складові, і якісь узагальнення намагаються отримати лише за допомогою набору великої кількості результатів, щоб вони стали статистично достовірними. Г. Олпорт у реальних своїх емпіричних дослідженнях використовував саме останній, номотетичний метод.

Г. Олпорт не зміг створити методу, який опредметнив би його вихідні уявлення, і в цьому – його дійсна проблема. Вона, однак, є загальною для психології особистості. Більшість учених вбачає її вирішення у редукціонізмі: оскільки особистість – надто великий об'єкт, у ньому треба спочатку теоретично виокремити деякі частини, але не будь-які, а змістовні, тобто ті, дослідження яких буде, власне, адекватним вивченню всієї особистості.

Але даний метод не може охопити особистість як цілісність, що являє собою не суму окремих частин, а їх особливу організованість і рухливе взаємопроникнення. У цьому сенсі експериментально-генетичний метод є «типовим» номотетичним способом дослідження особистості. Хоча він і спрямований на те, щоб встановити, як ця унікальна система, що саморозвивається, створює свою власну цілісність, сама цілісність знову залишається «за дужками», і дослідник має добудовувати її у власному мисленні, виходячи з конкретних і часткових результатів.

Різниця об'єктів вивчення і реальних дослідницьких цілей зумовлює різну логіку розгортання і технологію використання експериментально-генетичного і генетико-моделюючого методів. Викладені методологічні положення були упредметнені авторами культурно-історичної теорії в особливому методі дослідження – експериментально-генетичному. Сенс цього методу полягає в

тому, що предметність діяльності і відповідна до неї інтерпсихічна форма організується і вибудовується самим експериментатором, з урахуванням відомих механізмів і теоретичних положень. Дослідник не створює стимули і не фіксує реакції – він організовує розвиток певного психічного процесу, він – поруч, а не «навпроти», враховуючи те, на чому підсилено акцентував Л. С. Виготський: не лише об'єкт знаходиться перед дослідником, але й дослідник – перед об'єктом. Важливо зафіксувати і підкреслити: сама позиція дослідника тут є унікальною – він не «перед», а «поруч». За своїми структурно-схематичними показниками ця позиція тяжіє до позиції психотерапевта (особливо в психоаналітичних і гуманістичних напрямках). Але є суттєва відмінність – експериментально-генетичний метод покликаний формувати і вивчати, а не долати проблеми, хоча останнє теж відбувається, але – неконтрольовано, ніби мимовільно.

Логіка даного методу передбачає не просто фіксування особливостей тих чи інших емпіричних форм прояву психіки, а їх активне моделювання і відтворення в особливих умовах. Це і дозволяє розкривати їх сутність, тобто закономірності виникнення і становлення в онтогенезі певних психологічних функцій. Тому конкретна реалізація експериментально-генетичного методу в дослідженнях з вікової та педагогічної психології як необхідний компонент включає формувальний експеримент.

Експериментально-генетичне дослідження передбачає виокремлення змістовної одиниці аналізу в просторі наукової дисципліни як феномену, що є результатом опредметнення вищих психічних функцій великої кількості людей в історичному масштабі. Далі відбувається «переведення» даного матеріалу у форму навчального предмета і потім здійснюється привласнення його у вигляді учбової задачі як засобу вирішення конкретної навчальної проблеми. Результатом такого привласнення є виникнення нової психічної структури вищого рівня складності (одиниці свідомості).

«Некласична психологія» Л.С. Виготського (культурно-історична теорія) містить у собі важливі вихідні методологами, подальша розробка і осмислення яких впритул підводять нас до створення адекватного методу дослідження особистості. З точки зору даної теорії, культура є ідеальним представництвом реальних здібностей людей, а психіка людини – «соціокультурним і семіотичним утворенням, що розвивається в ситуаціях спілкування». Для психології, як вважає Ф.Т. Михайлов, «виявляється дійсним визначення власного предмета дослідження: 1) формування в онтогене- зі системоутворюючої вихідної здібності цілеспрямованого відношення до свого буття, світу його об'єктивних умов; 2) розвиток цієї здібності в багатстві її проявів (у мисленні, емоціях, волі, увазі та інш.); 3) перетворення їх у цілісність (єдність) усього об'єктивного світу індивіда». Мова, таким чином, ведеться про вихідну (ключову) здібність людини, яка розвивається за власними законами і на цій підставі об'єднує всі психічні явища в єдине й унікальне ціле – особистість.

Генетико-моделюючий метод містить суттєвий аспект щодо дослідження – цілісність може бути досліджена адекватно, якщо реально вивчатиметься

процес її виникнення і становлення, а не певний результат (post faktum). Таким чином, вихідна наукова проблема психологічного дослідження тут принципово змінюється – не сама по собі цілісність особистості як факт є проблемою, а процес її виникнення. Іншими словами, психологія особистості має починатися не з констатації наявних психічних структур і пошуку засобів їх подальшого аналізу, а з «проблеми формування людської суб'єктивності, проблеми засад процесу перетворення об'єктивних умов буття людини у внутрішній світ, що суб'єктивно переживається, опосередковує, спрямовує і мотивує діяльність».

Так виникає ще один суттєвий методологічний аспект – вищі психічні функції людини взагалі, не дані як такі, а – задані, їх не можна дослідити, не задаючи індивіду засобів їх побудови. В цілому, йдеться про дослідження розвитку і дослідження у розвитку. П.Я. Гальперін зазначав: «Лише в генезисі розкривається дійсна будова психічних функцій: коли вони повністю утворюються, будову їх стає неможливо розрізнити; більше того, вони відходять «у глибину» і приховуються «явищем» зовсім іншого виду, природи і будови».

Генетико-моделюючий метод має на меті вивчення самої цілісної особистості, що саморозвивається. У зв'язку з цим виникла необхідність пошуку «одиниць» зовсім іншої природи, і було встановлено, що такою є *потреба*, як суперечлива вихідна єдність біологічного і соціального, яка зумовлює існування особистості. Принципи побудови методу відбивають природу існування об'єкта вивчення: неможливість отримати остаточні (кінцеві) емпіричні дані щодо внутрішнього світу людини (рефлексивний релятивізм). Технологія методу (принцип єдності генетичної та експериментальної ліній розвитку) передбачає проведення дослідження у максимально природних умовах існування особистості і створення актуального простору реалізації самою особистістю численних можливостей моделювання власного розвитку існування.

Цей метод ґрунтується на принципах:

- 1) принципу аналізу за одиницями;
- 2) принципу єдності біологічного і соціального;
- 3) принципу креативності;
- 4) принципу рефлексивного релятивізму;
- 5) принципу єдності генетичної і соціальної ліній розвитку.

У дослідженнях особистості описаний тут метод використовується в процесі застосування окремих методик (дослідницьких процедур), серед яких головними є дослідження окремих випадків хвороби, спостереження, анкетування, психодіагностика та експеримент. Дані методики добре відомі і застосовуються дуже широко. Головна проблема полягає в усвідомленні того факту, що вони надають лише первинний емпіричний матеріал, який слід осмислювати і узагальнювати в контексті єдиного методу.

Таким чином, останніми роками в психодіагностиці набуває дедалі більшої ваги так званий категоріальний підхід, що ґрунтується передусім на генетико-моделюючому методі дослідження. Теоретичний зміст генетико-моделюючого методу полягає у визначенні того, що весь психічний розвиток є результатом присвоєння людиною суспільно заданих зразків діяльності. Цей

підхід дає змогу вийти за межі індивідуального досвіду суб'єкта, теоретично змодельовати саму історію становлення психічних якостей як діяльнісної форми й організувати процес їх формування. Це, у свою чергу, вимагає:

а) попереднього визначення реальної діяльності суб'єкта, в межах якої проводиться відповідний діагноз;

б) проведення теоретичного аналізу цієї діяльності;

в) побудови її теоретичної моделі;

г) визначення конкретної форми діагностичної ситуації
(С.Д. Максименко, К.С. Максименко, М.В. Папуча.).

Дослідження окремих випадків хвороби.

Дослідження окремих історій хвороб – це детальний опис життя людини та її психологічних проблем. Описується минуле людини, її виховання, теперішня ситуація та симптоми. В історії хвороби можуть висловуватись різні припущення про те, як у людини виникли психологічні порушення або психічні розлади, і буде описано лікування. Одне з найвідоміших подібних досліджень в психіатрії – «Три обличчя Єви». В ньому описана історія жінки з множинним розладом особистості. Це дослідження особливу увагу приділяє трьом субособистостям жінки, які чергуються, у кожної з котрих свої спогади, смаки та звички.

Більшість клініцистів в ході лікування пацієнтів роблять замітки та записують, як проходить курс лікування, деякі з них перероблюють ці замітки у вивчення окремих випадків і діляться своїм досвідом з іншими професіоналами. Дослідження окремих пацієнтів можуть допомогти клініцисту краще зрозуміти кожного нового пацієнта та підказують йому ключ до його проблеми. Крім того, дослідження окремих випадків хвороби відіграють вагомую роль в розвитку науки, іноді більшу, ніж одиничні клінічні випадки.

Окремі випадки історії хвороби слугують джерелом ідей, що пояснюють поведінку людей, та «відкривають шлях для нових знахідок». Наприклад, теорія психоаналізу З. Фрейда засновувалась головним чином на випадках з його особистої практики. Крім того, дослідження окремих випадків хвороби може дати експериментальне підтвердження теорії. З. Фрейд використовував дослідження окремих історій захворювання саме як підтвердження точності власних ідей. І навпаки, дослідження окремих випадків може піддати сумніву чийсь теоретичні припущення.

Дослідження окремих випадків хвороби допомагають оцінити нові терапевтичні техніки чи унікальні застосування вже існуючих методів. І нарешті, дослідження окремих випадків пропонують нові можливості для вивчення незвичних розладів, котрі рідко виникають в клінічній практиці, і тому обмежені невеликим числом спостережень. Психологи, котрі досліджують такі проблеми, як, наприклад, множинний розлад особистості, раніше цілком опирались на окремі історії хвороб та в них шукали корисну для себе інформацію.

Діагноз як основна мета діагностики може встановлюватися на різних рівнях:

1-й рівень – симптоматичний, або емпіричний; на цьому рівні діагноз

обмежується констатацією особливостей або симптомів (ознак);

2-й рівень – етіологічний, що враховує не тільки наявність характеристик, але і причини їх виникнення;

3-й рівень – рівень типологічного діагнозу, що полягає у визначенні місця і значення виявлених характеристик у загальній картині психічного життя людини.

1. Основними методами психодіагностики є тестування і опитування, методичним втіленням яких є відповідно тести і опитувальники, що мають такі властивості:

2. дозволяють зібрати діагностичну інформацію у відносно короткі терміни;

3. надають інформацію про людину взагалі, а також, за потреби, про ті чи інші її особливості (про інтелект, тривожність тощо);

4. інформація надходить у вигляді, що дозволяє надати якісне та кількісне порівняння індивіда з іншими людьми;

5. інформація, яка отримана за допомогою психодіагностичних методик, корисна з точки зору вибору засобів втручання і прогнозу його ефективності, а також прогнозу розвитку, спілкування, ефективності тієї чи іншої діяльності індивіда.

В завдання психодіагностики входять:

✓ виявлення особистісних особливостей пацієнта;

✓ визначення актуального психічного стану і окремих сторін

психічної діяльності;

✓ оцінювання ефективності психокорекційної роботи.

Основні вимоги та умови використання тестів як засобів дослідження

Вимоги до методик:

методика повинна чітко відповідати меті й предмету дослідження;

1. процедура проведення має бути задана у вигляді однозначного набору дій;

2. тест має бути перевірений на репрезентативність, надійність, об'єктивність та валідність;

3. інструкція щодо проведення дослідження не повинна допускати подвійного тлумачення її змісту.

Вимоги до експериментатора:

1. досліджувач має бути обізнаний з загальними теоретичними принципами психодіагностики;

2. добір методик повинен забезпечувати максимальну ефективність діагностики;

3. експериментатор має діяти в межах стандартних правил використання діагностичної методики;

4. досліджувач повинен дотримуватись етичних принципів.

Метод спостереження і бесіди широко використовують у медицині. За його допомогою вивчають психічні процеси (пам'ять, мислення, увагу), психічні властивості (темперамент, характер, здібності), психічні стани (афекти, пристрасті тощо). Вивчення психіки здійснюється у природних

життєвих умовах і відрізняється від природного експерименту тим, що лікар чи психолог є пасивним спостерігачем і змушений чекати, коли вдруге зможе побачити явища, які його цікавлять. Перевага цього методу полягає у тому, що під час спостереження не порушується природний перебіг психічних явищ. Проте, метод спостереження не дає можливості з абсолютною точністю встановити причину конкретного психологічного розладу, оскільки в процесі спостереження не можна врахувати всі зв'язки спостережуваного психічного явища з іншими. Тому спостереження можна вважати методом психологічного дослідження лише тоді, коли воно не обмежується констатацією фактів та змалюваннями їх, а стає основою наукового обґрунтування природи психічних явищ у їхньому взаємозв'язку. Спостереження відіграє надзвичайно важливу роль і дуже поширене як у повсякденному житті, так і в науковому дослідженні. Спостереженням називається цілеспрямоване, довільне і, як правило, спеціально організоване сприйняття тих чи інших явищ дійсності. Від простого споглядання, з яким у спостереження багато спільних рис, останнє кардинально відрізняється наявністю мети, якій підпорядковані не лише організація конкретного способу спостереження, але й вибір, власне, об'єкта і предмета спостереження, визначеність сфери спостережуваних явищ.

Під час бесіди обстежуваного просять охарактеризувати себе, розповісти про відносини з близькими та співробітниками; про плани на майбутнє і про захоплення, що існують в теперішній час; про те, як він поводить себе в конфліктних і екстремальних ситуаціях; які якості характеру, особливості особистості найбільше цінує в оточуючих людях; які психічні характеристики дає собі.

Спостереження за обстежуваним дає уявлення про швидкість його мовних, рухових і емоційних реакцій, про здатність швидко переключатися з однієї теми розмови на іншу, про здатність терпіти, затримувати психічні реакції взагалі. Спостереження лікаря, підкріплювані спостереженнями персоналу, дозволяють також виявити характер відношення хворого до інших людей, до праці, до навчання, своїх обов'язків, визначити моральні принципи, якими людина керується у своїй діяльності.

Велике значення має спостереження за людиною під час її перебування в медичному закладі. Аналізуються переживання, які хворий висловлює лікарю, медперсоналу, родичам, окремі вчинки та поведінка загалом. Постійно оцінюється психологічний стан пацієнта, в чому допомагають бесіди з його родичами і близькими людьми. Звертається увага на міміку, жестикуляцію, манеру триматися, відповідати на запитання. Визначається, як він дотримується режиму, які його взаємовідносини з сусідами по палаті та персоналом. Вивчається його відношення до ситуації, яка склалася в результаті захворювання. Воно може бути гіперболізованим з акцентом на тих чи інших симптомах або наслідках захворювання, які звужують професійно-трудові та інші можливості або ведуть до їх втрати. Психологічна криза, пов'язана з хворобою може стати причиною появи суїцидальних тенденцій в поведінці хворого.

Розкриття сутності внутрішньої картини хвороби дає можливість лікарю правильно оцінити не тільки фізичний, але і психічний стан пацієнта, диференційовано підійти до використання лікувальних та профілактичних заходів. При цьому лікар повинен враховувати, що реакції хворої людини на хворобу схильні до змін не менше, ніж її соматичний стан. У зв'язку з цим необхідно організовувати динамічне спостереження за психічним статусом пацієнта, організовувати психотерапевтичну корекцію виявлених порушень.

Саме спостереження – це найбільш безпосередній спосіб одержання дослідних даних, і в цьому полягає його виняткова цінність як наукового методу пізнання в клінічній психології. Завдяки своїй безпосередності відносно об'єктів спостереження та невтручанню у перебіг подій цей метод став першою і вихідною формою пізнання.

Перед тим як перейти до детального висвітлення сутності методу спостереження у психології, слід зазначити, що воно є одним із методів збору первинних даних, причому методом безпосереднього одержання таких даних. Це означає, що спостереження стоїть в одному ряду з такими методами, як експеримент, опитування, тест, аналіз продуктів діяльності тощо, за тією ознакою, що одержувані з їх допомогою дані підлягають подальшій обробці, і цим вони найсуттєвіше відрізняються від статистичних та інших методів обробки даних.

Так, основною рисою спостереження є невтручання у перебіг спостережуваних подій (явищ). Ця властивість надає йому ряд переваг, але вказує і на недоліки порівняно з іншими методами психологічного дослідження.

Відповідно до мети дослідження та з урахуванням реальності, обстановки, умов можна говорити про методику спостереження, тобто про обумовлений планом та ситуацією вибір конкретного виду спостереження, способів фіксації даних, вибір одиниць оцінювання явищ.

Методики спостереження відрізняються передусім видами діяльності спостерігача (видами спостереження); способами розчленування досліджуваних явищ (вибір одиниць оцінювання); специфікою способів фіксації даних (запис, магнітофонний та кінозапис тощо, або вибіркова чи суцільна фіксація подій).

Таким чином, метод спостереження у психології є спеціально організоване, цілеспрямоване, систематичне та планомірне сприйняття досліджуваного об'єкта. Як уже відзначалося, сприйняттю як методу психологічного дослідження властивий ряд специфічних рис. Усі ці особливості так чи інакше впливають із специфіки психіки як предмета дослідження. Однією з найважливіших ознак психічного є його малодоступність іншій людині, тобто спостерігач не знає, що в даний момент відчуває людина, за якою спостерігають. Стороння особа може уявити собі чужі переживання лише частково, оскільки вона сама була колись у подібному стані і має підстави вважати, що її власні переживання схожі на почуття тих, за ким вона спостерігає. Спостереження може бути науковим методом лише за умови, коли психічна реальність має зовнішні вияви. Об'єктивність методу спостереження ґрунтується на тому, що психічна діяльність усе ж так чи

інакше, але виявляється зовні. Саме за зовнішніми проявами можна робити висновки про деякі психологічні особливості пацієнтів. Проте, найпевніші висновки все ж можна зробити відносно поведінки, стану та інших суто зовнішніх характеристик. Правильно організоване спостереження дає цінний матеріал, причому такий, який часто неможливо одержати іншими методами, особливо тоді, коли це стосується якихось не передбачених схемою дослідження реакцій, вияву ставлення до ситуації дослідження та ін. Це робить його незамінним методом психологічного дослідження.

Проте, для того, щоб спостереження було організоване правильно, треба передусім чітко усвідомити, які характеристики психічної діяльності можуть бути предметом спостереження, а які – ні. Чітке розуміння цього сприяє визначенню конкретної мети і завдань дослідження.

Таким чином, об'єктом спостереження може бути окрема людина або група осіб, а предметом спостереження – лише зовнішні прояви: моторні компоненти практичних та гностичних дій; рухи, переміщення та нерухомі стани людей; дистанція між ними; спільні чи сумісні дії людей, а також дотики, поштовхи та інші фізичні вияви взаємодії; мовні акти, їх зміст, спрямованість, частота, тривалість, інтенсивність, особливості експресії, лексики людини; міміка та пантоміміка, експресія звуків; зовнішні прояви деяких вегетативних реакцій: почервоніння чи блідість, зміна ритму дихання тощо.

Спостереженню підлягають ситуації, що виникають у житті природним шляхом, або такі, що створюються штучно і відрізняються за видами діяльності, взаємодією людей, спонтанністю їхніх дій тощо.

Об'єктами вивчення бувають, як правило, загальна соціальна ситуація, в якій перебувають особи, що досліджуються; суб'єкти або учасники певних подій; мета діяльності, структура діяльності; регулярність і частота явищ, що спостерігаються; типовість ситуації та ін.

Якщо спробувати окреслити сферу, де спостереження є незамінним методом, то передусім це буде соціальна поведінка, тому що втручання експериментатора спотворює картину реальних стосунків людей.

Крім того, спостереження часто використовується на початкових етапах дослідження для освоєння поля дослідження та ознайомлення з тими, хто братиме в ньому участь. Спостереження використовується також і як додатковий метод:

- ✓ у комплексних дослідженнях як один із багатьох методів;
- ✓ у рамках одного дослідження для виявлення різниці між реальною та бажаною поведінкою.

Існує ряд факторів, що обумовлюють складність об'єктивного спостереження для формулювання висновку про «внутрішнє» на підставі «зовнішнього». По-перше, це багатозначність зв'язків зовнішніх виявів об'єктивності, що стоїть поза ними, і це часто не дозволяє робити висновки щодо суб'єктивності. Крім того, складність регуляції психічних властивостей породжує таку ситуацію, що одне й те саме явище може бути пов'язане з різними внутрішніми передумовами, і навпаки, різні зовнішні явища можуть спричинятись одним суб'єктивним станом. По-друге, індивідуальні особливості

прояву певного психічного стану можуть значно відрізнятися. Тому неодмінною умовою об'єктивності спостереження повинно бути уникнення «оціночних» суджень з боку дослідника і необхідність реєстрації лише баченого. Слід зазначити, що ряд психологічних явищ не може бути предметом спостереження, наприклад, установки, наміри, інтереси, відносини і ставлення, прагнення, мотиви та ін.

Основні вимоги і процедура проведення спостереження

Для того щоб підвищити надійність і якість спостереження, існує ряд обов'язкових для дотримання правил:

- ✓ систематичність і багаторазовість спостереження даного явища у різний час і в різних ситуаціях (це потрібно для того, щоб можна було зробити висновок про повторюваність, а значить, не випадковість явищ);
- ✓ уникання оціночних суджень;
- ✓ проведення спостереження кількома дослідниками;
- ✓ порівняння спостереження по окремому відрізку поведінки із загальною ситуацією, з контекстом дослідження.

Важлива обставина в аспекті підвищення об'єктивності спостереження – це необхідність реєстрації не окремого вирваного з контексту факту, а реєстрація дії або реакції людини на тлі загальної ситуації, бо один і той же зовнішній результат може мати найрізноманітніше психологічне значення залежно від того, в якій ситуації він був одержаний. Ця вимога набуває особливого значення там, де спостереження ведеться за мінливими явищами (наприклад, за психічним розвитком дитини), тому чим систематичним буде спостереження, тим повнішу картину явища можна отримати.

Труднощі, які виникають при спостереженні, можуть зумовлюватися специфікою самого об'єкта спостереження; специфікою спостереження як виду діяльності; особливостями дослідника; фактом присутності спостерігача.

Ряд вимог щодо проведення спостереження обумовлюється самою природою спостереження як виду діяльності. Зокрема, така особливість спостереження, як невтручання спостерігача у перебіг подій, породжує специфічні риси, що за різних обставин можуть бути або перевагами, або недоліками спостереження як наукового методу. Наприклад, вимушена вичікувальна позиція призводить до того, що спостерігач потрапляє у залежність від появи нагоди помітити те, що його цікавить. Часто саме ця обставина є обмеженням спостереження порівняно з більш активними психологічними методами.

Безумовно, пасивність, невтручання дослідника дозволяє одержати цінні дані, які неможливо отримати іншими методами: це здатність бачення цілісної ситуації, а не її окремих фрагментів або ознак; можливість вивчати явища у найбільш природному для них вигляді, не спотворюючи картини перебігу подій. Важливе також те, що саме спостереження (як і бесіда) дає змогу помітити та зафіксувати невідомі досі явища, в той час як експеримент більш жорстко залежить від плану. Усе це є наслідком мінімального впливу спостерігача на досліджувані явища, що й створює простір для спонтанності та незапланованої подій.

Важливу роль відіграють також особливості самого процесу сприйняття, який лежить в основі діяльності спостереження. Відомо, що сприйняття як психічний процес характеризується селективністю (вибірковістю), внаслідок чого деякі події можуть залишатись непоміченими. Крім того, оскільки спостерігач має справу з цілісною ситуацією, великим відрізком людської поведінки, йому буває важко зафіксувати потік подій згідно з обраними одиницями оцінювання, бо часто ситуації бувають багатозначними і непевними. Яким би нейтральним не був дослідник, завжди «працює» певна установка щодо спостережуваних явищ. Складність полягає саме в тому, що такі установки не усвідомлюються, і навіть найсумлінніший спостерігач мимоволі тенденційний. Тому окремо наголошується на тому, що дослідник зобов'язаний реєструвати факти «як такі» і ні в якому разі не оцінювати їх.

Іншими факторами помилок можуть бути особисті якості дослідника: індивідуальний темп та стиль, темперамент, емоційна стійкість, витривалість та ін. Мають значення також і суто особистісні властивості, зокрема особливості психологічних захистів (велику роль, наприклад, відіграє феномен проєкції своїх особистих рис та проблем на інших). Буває, що проєкція здійснюється на неусвідомленому рівні, і спостерігачеві просто здається, що в даній ситуації певне явище є проявом деякої внутрішньої властивості (а саме такої, яка притаманна дослідникові). В дійсності ж явище може мати зовсім інше психологічне значення. Слід зазначити, що такі помилки становлять значну частину необ'єктивних результатів у спостереженні.

Крім того, причинами помилок можуть бути:

- ✓ різниця у соціальному становищі дослідника і досліджуваних;
- ✓ перше враження;
- ✓ попередні зустрічі, що сприяють формуванню певної думки;
- ✓ явища перенасиченості одноманітною діяльністю тощо.

Щоб дотриматися всіх вимог щодо проведення спостереження, необхідно мати чіткий план процедури дослідження. Як уже зазначалось, багато конкретних моментів безпосередньо залежать від мети дослідження, отже, спостереження починається не з дій спостерігача по збиранню інформації, а з розробки програми дослідження. Чим детальніше буде продумана програма, тим більш аргументований матеріал одержить психолог.

Сама програма включає кілька підрозділів. Це такі етапи: визначення проблеми; вибір об'єкта і предмета дослідження; формулювання мети й завдань роботи; інтерпретація та визначення основних понять; попередній аналіз об'єкта; висунення основної та робочих гіпотез; збір власне даних; їх аналіз та інтерпретація.

Слід зазначити, що вирішальне значення в одержанні тих чи інших результатів відіграють теоретична позиція спостерігача і мета дослідження.

Види спостереження та специфіка його реалізації

Залежно від мети і визначеності гіпотези дослідження спостереження може бути вичікувальним, досліджувачим або вибіркоким і спрямованим на перевірку конкретної гіпотези. Оскільки спостереження, як правило, застосовується в комплексі з іншими методами психологічного дослідження,

воно часто служить меті попередньої орієнтації в об'єкті дослідження до визначення гіпотези. В такому випадку спостереження буде вичікувальним, бо основною його метою є спостереження без строгої селекції ознак і явищ. Особливо часто доводиться застосовувати таке спостереження у віковій та педагогічній психології, наприклад, коли виникає потреба з'ясувати, як вплине той чи інший педагогічний прийом, які особливості поведінки притаманні досліджуваним у певних специфічних умовах, наприклад, у певних колективах. Тут прикладом може бути дослідження Д.Б. Ельконіна та Т.В. Драгунової, завданням якого було виявлення фактичної поведінки підлітків.

Виходячи з цього, спостереження за підлітком проводили протягом усього дня: на уроках, після школи, в гуртках, при виконанні громадських доручень та інш., причому фіксувалися усі прояви поведінки.

Принципово іншою буде методика спостереження, якщо метою дослідження є перевірка конкретної гіпотези. Саме тоді вирішального значення набуває чітко розроблений план спостереження, визначення одиниць спостереження, опис усіх фаз дослідження, способів фіксації даних, бо саме тут виникає проблема чіткої селекції певних факторів поведінки з усього потоку спостережуваних подій. Прикладами таких спостережень можуть бути роботи Ж. Піаже з вивчення стадій розумового розвитку дітей.

Самі цілі спостереження можуть відрізнятися за ступенем узагальненості, причому чим загальніша мета, тим менш регламентованим буде спостереження. Нерегламентоване спостереження здійснюється і тоді, коли мета ще не визначена належним чином, не сформульовані гіпотези та завдання. Крім використання у фазі ініціації, спостереження застосовується також у випадках, коли треба визначити віддалені наслідки впливів (наприклад, у рамках формуючого експерименту). Але за однакових умов перевага надається регламентованому спостереженню, бо чим більш стандартизованим буде дослідження, тим вірогіднішим буде його повторення і контролювання умов проведення. Мета спостереження визначає не лише його вид, але й детермінує всю процедуру, зокрема, вибір одиниць спостереження. Спостережуване явище може стати науковим фактом лише після того, як воно належним чином описане. А описати можна появу дискретного процесу, тому перед дослідником постає необхідність розчленувати хаотичний потік подій на якісь вимірні фрагменти, тобто визначити шкалу одиниць оцінювання міри явища. Вибір одиниць вимірювання дає можливість обмежити процес спостереження, вибрати понятійну систему опису дослідження, а в ряді випадків відкинути гіпотезу навіть до початку дослідження. Наприклад, якщо ми вивчаємо результативність педагогічного прийому, що повинен впливати на ефективність вирішення задач, то достатньо фіксувати правильність їх вирішення; коли досліджуємо виникнення пізнавальної мотивації, то не повинні залишати поза увагою мімічні та пантомімічні вияви емоцій.

Великі вимоги висуваються щодо запису спостережень або щодо інших способів фіксації даних. Основні вимоги такі:

✓ запис повинен бути фактологічним, тобто занотовуватися мають тільки явища, які не можна замінювати узагальненою оцінкою або характеристикою;

✓ обов'язковий запис всієї ситуації, а не її фрагмента, тобто описуватися повинен фон, на якому відбуваються події;

✓ запис повинен бути точним: відображати усі події, які стосуються даної гіпотези, в тому числі й такі, що їй суперечать.

За формою запис може бути найрізноманітнішим: протоколювання, запис на стандартних бланках, щоденниковий запис, магнітофонний, кіно-, фото-, відеозапис, графічний і т.д. Оскільки запис і саме спостереження часто розділені у часі, слід звернути увагу на те, щоб запис проводився якомога швидше після спостереження, бо відомо, що негайне відтворення подій чи фактів за ефективністю значно відрізняється від віддаленого. Але з допомогою спостереження можна одержати не лише якісні, але й кількісні дані: за умови так званого кількісного описання. Для цього застосовується шкала для визначення міри вияву певної події (або властивості). Кількісні дані одержують також при вимірюванні часу перебігу явищ.

Хронометраж проводиться як фіксація окремих виявів явища. Для цього потрібно швидко розпізнавати явище, а також чітко визначати його початок та кінець. Шкалювання здійснюється переважно у вигляді приписування балів якомусь явищу, залежно від його інтенсивності. Інколи це може бути побудова графіка інтенсивності-тривалості, але в будь-якому випадку треба чітко обумовити процедуру приписування балів (тобто, яка інтенсивність береться за один бал, яка за два і яка максимальна). Ефективним є також запис подій у формі символів. Це дає можливість мінімально відволікатися на саме записування і більше уваги приділяти власне спостереженню, а також полегшує аналіз результатів.

Слід особливо відзначити роль спостереження у дослідженні проблем вікової та педагогічної психології. Не дивлячись на широке проникнення експериментальних методів, спостереження не втрачає свого значення. Це, передусім, обумовлюється специфікою об'єкта вивчення. Дитина (особливо це стосується дітей дошкільного віку) є важким об'єктом експериментального дослідження і вивчення за допомогою таких методів, як анкетування, інтерв'ю та ін. Нестійкість і змінюваність процесів уваги, відносно низький рівень самоконтролю, несформованість мотивації, нерозвиненість мовного спілкування і, нарешті, труднощі у розумінні інструкцій експерименту обумовлюють обмеженість експериментальних, зокрема лабораторних, методів дослідження при роботі з дітьми.

Крім того, безпосередність та відкритість поведінки дітей, «прозорість» їхніх намірів дозволяють одержувати досить достовірну інформацію, якщо порівнювати застосування спостереження з вивченням поведінки дорослих. Ці обставини дозволяють вважати спостереження одним з основних методів вікової та педагогічної психології.

Для вирішення різних дослідницьких проблем використовуються різноманітні види спостереження. Так, наприклад, залежно від позиції

спостерігача можна виділити такі види спостереження: включене, невключене, частково включене; зовнішнє та внутрішнє; усвідомлюване і неусвідомлюване. У педагогічній літературі за цими критеріями виділяють такі види спостереження, коли дослідник виступає як нейтральна особа, як керівник і як співучасник. Нейтральне спостереження виступає як загальний інструмент при вирішенні наукових, контрольних та узагальнюючих завдань.

Залежно від позиції спостерігача та його активності можна виділити, також вичікувальне та вимушене спостереження. Проводити класифікацію можна за умови, чи відомо спостережуваній особі, що вона є об'єктом спостереження (усвідомлюване та неусвідомлюване), та на підставі типу зв'язку дослідника з об'єктами вивчення (безпосереднє та опосередковане). Безпосереднє спостереження – це такий вид спостереження, коли між об'єктом і дослідником є прямий зв'язок: спостереження дає матеріал з першоджерела, і тому його дані найбільш достовірні. Опосередковане спостереження здійснюється не самим дослідником, а за допомогою проінструктованих осіб. Виділяються також формалізоване (з чіткою структурою) та неформалізоване (якщо цілі та завдання детально не сформульовані), безперервне та дискретне спостереження.

За типом спостережуваної ситуації спостереження може бути природним та експериментальним, спонтанним і організованим, стандартним і нестандартним тощо.

Розглянемо специфіку деяких найчастіше застосовуваних у педагогічній та віковій психології видів спостереження. Найпростішим з них є нейтральне. Як правило, це невключене спостереження, яке може бути польовим (тобто проводиться у реальних умовах діяльності) або лабораторним, систематичним та вибіркоvim тощо. Воно характеризується тим, що спостерігач вивчає певне явище «у чистому вигляді», абсолютно не втручаючись у події, що відбуваються. Такий вид спостереження найбільш пасивний. Результати його можуть дати цінний матеріал, тому що сторонній спостерігач найменшою мірою обтяжений установками щодо окремих учнів або всього навчального процесу; він дивиться на ситуацію зовні, що дає йому шанс бути більш об'єктивним, неупередженим. Проте, найбільшою проблемою такого спостереження є ефект «демонстрації», коли учні (і вчитель) поведуться не зовсім природно, не так, як би поводитися без сторонньої людини. Особлива складність полягає в тому, що така демонстративна поведінка практично ніколи не усвідомлюється, тому її не можна усунути, навіть коли б піддослідні цілком щиро прагнули бути природними.

Для того, щоб зменшити цей ефект, застосовують такі прийоми: спостереження проводиться з допомогою записуючої техніки або через скло Гезела (прозоре лише в один бік), тобто проводиться приховане спостереження. Проте, такі можливості випадають рідко, до того ж у ряді випадків це може виявитися неетичним. Тому, як правило, спостерігач повинен «привчити» до себе тих, кого він буде вивчати; він повинен хоч у загальному плані познайомитися з учителем та індивідуальними особливостями його роботи. Слід пам'ятати, що чим старші діти, тим ефект «демонстрації» виявляється

більше. Найбільш сприятливою віковою категорією у цьому випадку є наймолодші. Такий вид спостереження має ту перевагу, що може здійснюватися кількома особами, що підвищує об'єктивність даних.

Не дивлячись на те, що психолог залежить від появи факту, який його цікавить, він має можливість спостерігати цей факт, спотворюючи цілісну ситуацію якнайменше. У цьому полягає головна перевага методу спостереження. Іншими позитивними рисами спостереження є можливість фіксувати явища, факти, що відбуваються у реальному житті; факти природної поведінки у природних умовах. Безпосередня фіксація явища – найкраща передумова охоплення всієї «смути» природної поведінки, реальна умова зменшення небезпеки неправильного тлумачення окремого вчинку, реакції чи будь-якого іншого одиничного прояву. При цьому кожен спостережуваний постає як цілісна особистість, і кожний його вияв може сприйматися не ізольовано, а в контексті всієї поведінки.

Вигідно відрізняє спостереження також не така жорстка, як в експерименті, прив'язка до плану дослідження, можливість описувати непередбачені планом події, ставити запитання, змінювати ситуацію, коригувати дії. Це є перевагою спостереження не лише порівняно з експериментом, але й з тестом, анкетною, соціометричними методами тощо, де несподівано виникаючі події просто не беруться до уваги. Важливою є також незалежність проведення дослідження від готовності осіб до того, щоб їх спостерігали. Така готовність стати об'єктом вивчення – неодмінна умова проведення тесту, опитування, експерименту та ін., а при спостереженні готовність може відігравати негативну роль.

Усе це свідчить про те, що і в майбутньому спостереження особливо буде застосовуватися у вивченні дитини, як здорової, так і хворої.

Анкетні методи

У психологічних дослідженнях часто виникає необхідність в інформації про такі явища та процеси, які недоступні прямому спостереженню. Наприклад, інформація про мотиви, інтереси, схильності, життєві плани.

Джерелом такої інформації, необхідної для наукового вивчення, є безпосередні учасники життєвих процесів, люди, їх висловлювання про свої власні настрої, вчинки, оточуючу реальність.

Одержати таку інформацію можна за допомогою опитування. В основі методу опитування лежить сукупність запитань, що пропонуються опитуваній особі (респонденту), відповіді якої і утворюють необхідну дослідницьку інформацію. У будь-якому варіанті опитування є одним із найскладніших різновидів соціально-психологічного спілкування. Зв'язок між головними його учасниками – дослідником та респондентом забезпечується за допомогою різноманітних «проміжних» ланок, що дуже впливають на якість самих ланок. Опитування має такі складові частини.

По-перше, це анкета або план інтерв'ю, перелік питань, з допомогою яких емпірично описується проблема, «перекладена» на мову повсякденного досвіду і свідомості опитуваних.

По-друге, це анкетер або інтерв'юер, тобто особа, що безпосередньо забезпечує заповнення опитувальників респондентом. При цьому, якщо інтерв'ю передбачає особисте спілкування інтерв'юера з опитуваним, при анкетуванні респондент сам заповнює опитувальник після відповідного інструктажу, що його проводить анкетер.

По-третє, це ситуація опитування, його умови, що складаються з конкретних ситуацій, в яких перебував респондент на момент опитування (його емоційних станів, норм, звичаїв і традицій, уявлень та ставлень до опитування).

Таким чином, можна сказати, що опитування – це метод одержання соціально-психологічної інформації, який базується на усному або письмовому зверненні до досліджуваної групи людей із запитаннями, зміст яких репрезентує проблему на певному емпіричному рівні.

При цьому, який би різновид опитування не застосовувався, одним з його інструментів є анкета. Оскільки за допомогою анкети дослідник одержує інформацію із відповідей на запитання, вони повинні бути сформульовані таким чином, щоб усі респонденти розуміли їх так, як і сам укладач опитувальника. Проте, зробити це не просто. Правильне формулювання запитань – набагато складніше і більш трудомістке завдання, ніж здається. Дійсно наукове конкретно-психологічне дослідження ґрунтується на інформації, що має відповідати трьом основним вимогам: вона повинна бути надійною, достовірною і одержаною за допомогою методики, валідної для вирішення даного завдання. Достовірною інформація буде в тому випадку, якщо вона адекватно відображає дійсність. Анкета – це певним чином структурно організований набір запитань, кожне з яких логічно пов'язане з центральним завданням дослідження. Процес укладання анкети, процес перекладу основних гіпотез на мову запитань – досить складна операція, що вимагає від дослідника уважної, кропіткої роботи, хороших знань відповідних типів запитань, уміння точно їх сформулювати у певній послідовності.

У практиці конкретних досліджень відомі три види анкетних запитань: 1. поштове; 2. через пресу; 3. роздавальне.

Сутність поштового анкетування полягає в тому, що анкета розсилається, а потім повертається до дослідника поштою.

Анкетування через пресу здійснюється шляхом публікації запитань у газеті, і ті, хто виявив бажання дати на них відповіді, після відповідного заповнення анкети надсилають її на адресу редакції.

Найбільш поширеним способом розповсюдження анкет є роздавальне анкетування, при якому анкета безпосередньо вручається дослідником респонденту, а той після заповнення повертає анкету назад. Роздавальне анкетування може проводитися із видачею й заповненням анкет прямо на місці, а також при заповненні їх вдома при наступному поверненні у призначений дослідником строк.

Анкетування на місці – найбільш ефективний спосіб розповсюдження анкет, якому надається перевага перед рештою способів, оскільки він гарантує повне повернення анкет, а також дає можливість дослідникові контролювати процес заповнення анкет.

Запитання анкети прийнято розрізняти за трьома критеріями: за змістом, формою та функцією.

Усі запитання анкети залежно від їх змісту можна умовно поділити на дві великі групи:

- ✓ запитання про факти, дії у минулому й теперішньому, а також про продукти діяльності;
- ✓ запитання про мотиви, оцінки й думки індивідів.

Якщо за допомогою запитань першої групи дослідник може одержати об'єктивні дані про опитуваного, про те, що він знає й пам'ятає, то з допомогою запитань другої групи дослідник може дізнатися про ставлення опитуваного до тієї чи іншої речі чи об'єкта; що опитуваний збирається робити, і що його до цього спонукає.

До першої групи запитань слід, передусім, віднести так звані демографічні запитання на виявлення статусу опитуваного: його віку, статі, освіти, сімейного стану, професії, стажу роботи та ін. Зазвичай запитання такого роду компонується в один розділ анкети, який одержав назву «демографічна частина анкети»; його вміщують у кінці анкети.

Якщо у респондента виникають сумніви щодо анонімності анкети або ж він злякається того, що щирі відповіді можуть йому якимось чином зашкодити, тоді респондент може дати неправдиву інформацію про себе чи не відповісти саме на ті запитання «паспортички», які йому здаються сумнівними щодо гарантії анонімності. У першому випадку респондент, добре знаючи, який тип поведінки заохочується, а який заперечується суспільством, буде швидше приховувати негативні факти свого життя й будь-якими засобами перебільшувати або приписувати собі якісь позитивні дії, яких не було взагалі. В іншому випадку недостовірність виникає внаслідок помилок пам'яті, ускладнень розумового відтворення минулих подій.

Запитання другої групи, що спрямовані на виявлення оцінок та думок опитуваних, є складнішими для респондентів, і тому відповіді на них бувають завжди менш достовірними і щирими порівняно з відповідями на запитання першої групи. Завдання дослідника у таких випадках полягає в тому, щоб з допомогою різних технічних прийомів і засобів добитися необхідної інформації. Замість запитання типу «чому?», що викликають у респондента тільки негативну реакцію й небажання відповідати, дослідник складає цілу серію деталізованих запитань, відповіді на які у своїй сукупності дадуть йому уявлення про причину появи такої думки або враження у респондента.

Велике значення мають проєктивні запитання, коли респондентам пропонується набір ситуацій, із якими вони могли б зустрітися в житті, й необхідно вказати власний варіант поведінки в заданих умовах. Функція такого типу запитань: більш глибоке й точне проникнення у мотивацію респондента, виявлення його намірів, установок. Як правило, вони формулюються у вигляді умовних речень: «Уявіть собі, що...»

За формою такі запитання поділяються на відкриті та закриті; прямі й непрямі.

Запитання називаються відкритими, або вільними, якщо відповіді на них можна дати у будь-якій формі, яка не регламентується жодними рамками і респондент може висловлювати все, що забажає. Запитання називається закритим, якщо його формулювання містить варіанти можливих відповідей (перелік певних альтернатив) і респондент мусить зупинити свій вибір на якійсь одній. Перелік альтернатив може бути якісного характеру (запитання з багатьма відповідями). Наприклад:

Що вас приваблює у вашій роботі?

- ✓ робота різноманітна;
- ✓ робота вимагає кмітливості, примушує підвищувати рівень знань;
- ✓ добрий зарібок; хороша організація праці.

Запитання можуть бути кількісного характеру (питання з оцінкою, з допомогою якої вимірюють інтенсивність установок).

Чи задоволені ви своєю роботою?

- ✓ дуже задоволений;
- ✓ задоволений;
- ✓ не зовсім задоволений;
- ✓ дуже незадоволений.

Що стосується недоліків, то, по-перше, при відкритих запитаннях вірогідність суб'єктивної, довільної інтерпретації з боку респондента занадто велика і в кінцевому результаті призводить до того, що підсумкові дані неможливо зіставити. По-друге, аналіз одержаних відповідей на відкриті запитання – надто трудомістка процедура.

Перевага закритих запитань полягає в тому, що вони точно і однозначно інтерпретуються, легко стандартизуються, не вимагають особливих затрат на їх обробку та аналіз.

При конструюванні закритих запитань необхідно прагнути до того, щоб були вичерпані усі можливі варіанти відповідей; у переліку кількісних запитань позитивні та негативні сторони мали б однакові параметри.

Запитання, що спрямоване на одержання прямої, безпосередньої інформації від респондента, називається прямим. Звичайно воно сформулюється в особовій формі: «Чи знаєте ви, що...», «Ваша думка з приводу...». Якщо дослідник не впевнений у тому, що респондент на якесь пряме запитання дасть таку ж відверту відповідь, то дослідник ставить непряме запитання. Своєю метою воно має приховати зміст вивідуваної інформації від респондента; це, так би мовити, запитання, яке на перший погляд здається побічним або несуттєвим. Відповідь на таке запитання вимагає обов'язкової інтерпретації.

За функціями розрізняють фільтруючі та контрольні запитання. Фільтруючі запитання застосовуються до обох уже названих груп: за змістом, тобто до запитань про факти та дії, і запитань про думки, мотиви, оцінки респондента. Метою фільтруючих запитань є відділення однієї групи респондентів (які повинні відповісти на дані запитання) від другої групи (які не повинні відповідати на ці запитання).

Інколи при відповідях на другу групу запитань опитувані можуть давати оцінки, висловлювати думки про речі, яких вони не знають. Завдання фільтруючих запитань полягає в тому, щоб відсіяти некомпетентних респондентів, перевірити ступінь їхньої інформованості. Якщо виявиться, що вони не мають жодних знань про предмет, про який іде мова, то природно, що їхні думки та враження не враховуються.

Функціональне призначення контрольних запитань полягає в тому, щоб перевірити правдивість відповідей респондента на основні запитання анкети. З їх допомогою оцінюється якість одержуваної інформації.

В анкеті основні контрольні запитання розташовуються так, щоб респондент не міг уловити між ними прямого зв'язку.

Композиція анкети характеризується такою послідовністю смислових розділів:

- ✓ вступна частина;
- ✓ основна частина;
- ✓ демографічна частина («паспортичка»).

Вступна частина анкети – це звернення до опитуваного, де вказується, яка організація чи науковий заклад проводить анкетування; пояснюється мета дослідження і як будуть використані його результати; підкреслюється важливість участі даного респондента; гарантується анонімність відповідей; дається чіткий виклад правил заповнення анкети та способу її повернення.

Призначення вступної частини анкети полягає в тому, щоб максимально добитися прихильності опитуваного, зацікавити його темою опитування і пробудити щире прагнення взяти участь у дослідженні.

Основна частина анкети включає власне запитання. Спочатку в ній вміщуються запитання, спрямовані на те, щоб зацікавити опитуваного, схилити його до співробітництва, сприяти поступовому і повному включенню респондента у процес роботи над анкетною. Далі йдуть складніші питання, що найчастіше спрямовані на виявлення установок, оцінок тощо. І в заключній частині основного тексту ставляться найбільш інтимні та контрольні запитання, метою яких є поглиблення і уточнення інформації, одержаної в попередніх запитаннях.

У демографічній частині анкети («паспортичці») містяться питання, що стосуються об'єктивного статусу особи (стать, вік, сімейне становище, професія, освіта та інш.). Можна відзначити такі основні правила побудови анкети:

✓ В анкеті необхідно фіксувати найсуттєвіші питання, відповіді на які дадуть інформацію, що необхідна для вирішення завдань дослідження, яку неможливо одержати іншими способами, крім анкетування.

✓ Формулювання запитань з точки зору мови, концептуального рівня і семантичного значення повинне бути зрозумілим респондентові і відповідати рівню його знань та освіти.

✓ Питання повинні формулюватися так, щоб опитувані могли на них відповісти в принципі.

✓ Запитання повинні викликати позитивну реакцію респондента, бажання дати повну і щирі відповідь.

✓ Організація та послідовність запитань повинні сприяти одержанню найнеобхіднішої для дослідження інформації.

Складна анкета попередньо повинна бути апробована. Передусім дослідникові слід задати самому собі запитання:

1. Чи витримані вимоги до мови, а може, для частини опитуваних мова запитань занадто складна, а для частини, навпаки, – примітивна?

2. Чи всі запитання і всі варіанти відповідей зрозумілі?

3. Чи не занадто абстрактно або конкретно сформульовані запитання?

4. Чи зрозумілі респондентові одиниці вимірювання, що є в анкеті?

5. Чи зможуть респонденти дати відповіді на запитання про минулі події?

6. Чи немає небезпеки, що респонденти дадуть на запитання стереотипну відповідь?

7. Чи не занадто численні варіанти відповідей на запитання і чи зможуть респонденти справитися з великою кількістю варіантів; як скоротити їх кількість або розчленити на блоки?

8. Чи не викликають запитання недовіри або негативних емоцій?

9. Чи не зачіпаються самолюбство або інтимні сторони життя опитуваного?

10. Чи все гаразд з боку графічного оформлення анкети: відсутність переносів у смислових відрізках тексту, наскільки чітко виділені шрифтом запитання та інструкція, чи немає монотонності, одноманітності в оформленні?

Існує три основних типи анкет, що застосовуються у психології. По-перше, це анкети, складені з відкритих запитань і спрямовані на виявлення усвідомлюваних якостей опитуваних. По-друге, це анкети селективного типу, де опитуваному на кожне запитання пропонується кілька готових відповідей; завданням опитуваного є вибір найбільш підходящої відповіді. По-третє, це анкети-шкали, в яких опитуваний повинен не лише вибирати відповідь, що йому підходить, але й оцінити в балах правильність кожного із запропонованих варіантів. Між цими видами анкет принципових відмінностей немає. Анкети, що містять відкриті питання, дають матеріал, який вимагає попереднього якісного аналізу відповідей, а це утруднює кількісну обробку результатів. Анкети-шкали – найбільш формалізований тип анкет, що дозволяє проводити більш точний кількісний аналіз даних анкетування.

Різновидом методів опитування є метод полярних профілів; оцінювання (рейтинг); метод парного порівняння; соціометрія; референтометрія.

Деякі дослідники виділяють ці методи поза методом опитування. Проте, багато спільного (наявність запитань, спосіб заповнення опитувальних листків та ін.) дозволяє віднести їх до групи методів опитування, хоча, безумовно, кожен метод має свою специфіку.

Клінічне інтерв'ю

Клінічна бесіда (інтерв'ю) є одним із основних методів що застосовує в повсякденній практиці клінічний психолог.

Під час бесіди лікар чи психолог визначає наявність або відсутність характерних психологічних ознак і на цій підставі описує *психологічний статус* (стан) хворого. Крім того, дуже важливим під час інтерв'ю є збирання *анамнезу* (історії) життя та хвороби пацієнта.

Анамнез поділяють на *суб'єктивний*, тобто те, що повідомляє про себе сам хворий, і *об'єктивний*, тобто факти, надані оточуючими (родичами, друзями, співробітниками). Відомості, одержані від хворого і оточуючих, взаємодоповнюються, факти анамнезу набувають об'єктивної значущості в процесі аналізу їх лікарем. При оцінюванні анамнестичних даних важливо враховувати спадковість хворого. Слід вияснити особливості соціального середовища, в якому знаходився хворий протягом життя та установки щодо захворювань, які існували в ньому. В деяких сім'ях хворобою нехтують, в інших – їм приділяється підвищена увага. В останньому випадку легше формується патологічна реакція на хворобу.

Кожен психолог має право вибрати собі з безлічі тих, що існують, найбільш відповідний для нього (його характеру, інтересів, рівня товариськості, світогляду, культури і так далі) спосіб інтерв'ювання клієнта (пацієнта). Тому слід розглядати пропонований текст і думки, викладені в ньому, як ще одну можливість, ще один варіант, який може задовольнити вимогливого діагноста і призвести до використання на практиці положень саме даної методики.

Однією з основних цілей клінічного інтерв'ювання є оцінка індивідуально-психологічних особливостей клієнта або пацієнта, їх ранжування за якістю, силою і складністю, віднесення до психологічних феноменів або до психопатологічних симптомів.

Термін «інтерв'ю» увійшов до лексики клінічних психологів недавно. Частіше говорять про клінічне розпитування або бесіду, характеристика яких в наукових працях носить, в переважній більшості, описовий характер. У відомих публікаціях і монографіях клінічний спосіб оцінки психічного стану людини і діагностики у неї психічних відхилень наводиться без опису власне методології розпитування, в них наводять рекомендації, які подаються за наукові і доступні рамки для ефективного відтворення. Виходить парадоксальна ситуація: навчитися клінічному обстеженню і діагностиці можливо лише експериментальним шляхом, беручи участь в ролі учня-спостерігача в бесідах з клієнтами відомих і визнаних авторитетів в галузі діагностики та інтерв'ю.

Хочеться відзначити, що, на жаль, існує маса прихильників навіть в середовищі професіоналів діагностики психічних відхилень без проведення інтерв'ювання. Тобто діагноз ставиться заочно, без безпосередньої зустрічі лікаря з пацієнтом. Діагнози психічних захворювань, що виставляються на підставі аналізу дій людини, відомих лікареві з чуток або з вуст не фахівців,

психопатологічні трактування текстів «підозрюваних» (листів, віршів, прози, кинутих колись фраз) лише дискредитують клінічний метод.

Справжня діагностика як психічних відхилень, так і індивідуально-психологічних особливостей людини в обов'язковому порядку повинна поєднувати психодіагностичні процедури і безпосереднє обстеження психологом клієнта (пацієнта), тобто інтерв'ювання.

Клінічне інтерв'ю – це метод здобуття інформації про індивідуально-психологічні властивості особистості, психологічні феномени і психопатологічні симптоми та синдроми, внутрішню картину хвороби пацієнта, структуру його проблем, а також спосіб психологічного впливу на людину, вироблений безпосередньо на підставі особистого контакту психолога і клієнта.

Інтерв'ю відрізняється від звичайного розпитування тим, що націлене не лише на скарги, які активно пред'являються людиною, але і на виявлення прихованих мотивів поведінки людини і надання їй допомоги в усвідомленні дійсних (внутрішніх) підстав для зміненого психічного стану. Істотною для інтерв'ю вважається також психологічна підтримка клієнта (пацієнта).

Таким чином, функціями інтерв'ю в клінічній психології є: діагностична і терапевтична. Вони повинні здійснюватися паралельно, оскільки лише їх поєднання може призвести до бажаного для психолога результату – одужання і реабілітації пацієнта.

Пацієнти частенько не можуть точно описати свій стан і сформулювати скарги та проблеми. Саме тому, здатність вислухати розповідь людини – це лише частина інтерв'ю, друга, – здатність тактовно допомогти їй сформулювати її проблему, дати можливість зрозуміти витоки психологічного дискомфорту – викристалізувати проблему. «Мова дана людині для того, щоб краще зрозуміти себе», – писав Л. Виготський, і це розуміння через вербалізацію в процесі клінічного інтерв'ю може вважатися істотним і принциповим.

Принципами клінічного інтерв'ю є: однозначність; точність і доступність формулювань-запитань; адекватність; послідовність (алгоритмізованість); гнучкість; можливість перевірки інформації, що надається.

Під принципом однозначності і точності в рамках клінічного інтерв'ю мається на увазі правильне, коректне і точне формулювання питань. Прикладом неоднозначності може служити таке питання, звернене до пацієнта: «Чи відчуваєте Ви щодо себе психічний вплив?» Ствердна відповідь на це питання не дає діагносту практично нічого, оскільки інтерпретувати його можна всіяко. Пацієнт міг мати на увазі під «впливом» як звичайні людські переживання, події, людей, що оточують його, так і, наприклад, «енергетичний вампіризм» і так далі. Питання це неточне і неоднозначне, отже малоінформативне і є зайвим.

Принцип доступності базується на декількох параметрах: словарному (лінгвістичному), освітньому, культурному, мовному, національному, етнічному і інших чинниках. Звернена до пацієнта мова має бути йому зрозуміла, повинна збігатися з його мовною практикою, заснованою на безлічі традицій. Питання діагноста: «Чи не буває у Вас галюцинацій?» – може бути неправильно зрозумілим людиною, яка вперше стикається з подібним науковим

терміном. З іншого боку, якщо у пацієнта запитати, чи не чує він голосів, то його розуміння слова «голоси» може кардинально відрізнятися від розуміння лікарем того ж терміну. Доступність ґрунтується на точній оцінці діагностом статусу пацієнта, рівня його знань, словникового запасу, субкультуральних особливостей, жаргонної практики.

Одним з важливих параметрів інтерв'ю вважається алгоритмізованість (послідовність) розпитування, заснована на знаннях діагноста в галузі поєднання психологічних феноменів і психопатологічних симптомів та синдромів; ендogenous, психогенного і екзогенного типів реагування; психотичного і непсихотичного рівнів психічних розладів. Клінічний психолог зобов'язаний знати сотні психопатологічних симптомів. Але якщо він запитуватиме про наявність кожного відомого йому симптому, то це, з одного боку, займе велику кількість часу і буде стомлюючим як для пацієнта, так і для дослідника; з іншого, відобразить некомпетентність діагноста. Послідовність будується на відомому алгоритмі психогенезу: на підставі пред'явлення перших скарг хворим, розповіді його родичів, знайомих або на підставі безпосереднього спостереження за його поведінкою формується перша група феноменів або симптомів. Далі опитування охоплює виявлення феноменів, симптомів і синдромів, що традиційно поєднуються з вже виявленими, потім запитання мають бути направлені на оцінку типу реагування (ендогенного, психогенного або екзогенного), рівня розладів і етіологічних чинників. Наприклад, якщо першими вдається виявити наявність слухових галюцинацій, то подальше розпитування будується по наступній схемі-алгоритму: оцінка характеру галюцинаторних образів (кількість «голосів», їх усвідомлюваність і критичність, мовні особливості, визначення місця розташування джерела звуку на думку пацієнта, час появи і так далі) – міра емоційної залученості – міра критичності пацієнта щодо галюцинаторних проявів – наявність розладів мислення і далі залежно від кваліфікації описаних феноменів підтвердження екзогенного, ендogenous або психогенного типів реагування за допомогою опитування про наявність, наприклад, розладів свідомості, психосенсорних порушень та розладів. Окрім вищеописаного, принцип послідовності має на увазі детальне розпитування в лонгітюдному розрізі: черговість появи психічних переживань і їх зв'язок з реальними обставинами. При цьому важлива кожна деталь розповіді, важливий контекст подій, переживань, інтерпретацій.

Найбільш значимими є принципи можливості перевірки і адекватності клінічного інтерв'ю, коли для уточнення конгруентності понять і виключення невірної інтерпретації відповідей діагност ставить питання типу: «Що Ви розумієте під словом «голоси», які Ви чуєте?» або «Наведіть приклад «голосів». При необхідності пацієнтові пропонується конкретизувати опис власних переживань. Принцип безпристрасності – основний принцип феноменологічно орієнтованого психолога-діагноста. Нав'язування пацієнтові власного уявлення про наявність в нього психопатологічної симптоматики на підставі упередженості або недбало проведеного інтерв'ю може відбуватися як

внаслідок свідомої установки, так і на базі незнання принципів інтерв'ю або сліпої прихильності до однієї з наукових шкіл.

Враховуючи вантаж відповідальності з боку клінічного психолога, в першу чергу морально-етичної, нам здається доречним привести основні етичні положення Американської психологічної асоціації, що стосуються консультування і інтерв'ювання:

1. Дотримуватися конфіденційності: поважати права клієнта і його особисте життя. Не обговорювати сказане ним під час інтерв'ю з іншими клієнтами. Якщо ж ви не зможете виконати вимоги конфіденційності, то необхідно повідомити про це клієнтові до розмови; хай він сам вирішить, чи можна на це піти. Якщо з вами поділилися інформацією, що містить відомості про небезпеку, яка загрожує клієнтові або суспільству, то етичні принципи дозволяють порушити конфіденційність заради безпеки. Проте, треба завжди пам'ятати, що відповідальність психолога перед клієнтом, який довірився йому, завжди первинна.

2. Усвідомте межі своєї компетентності. Психологи-початківці відразу намагаються глибоко копатися в душах своїх друзів і своїх клієнтів. Це потенційно небезпечно. Психологу-початківцю слід працювати під спостереженням професіонала; шукати поради і пропозицій з поліпшення стилю роботи. Перший крок до професіоналізму – усвідомлення своїх меж.

3. Уникайте розпитувати про неістотні деталі. Психолог-початківець зацікавлений деталями і «важливими історіями» своїх клієнтів, інколи ставить дуже інтимні питання про сексуальне життя. Для початківця або невмілого психолога характерне те, що він надає великого значення деталям з життя клієнта і одночасно пропускає те, що клієнт відчуває і думає. Консультування призначене перш за все для користі клієнта, а не для збільшення вашого об'єму інформації.

4. Відноситесь до клієнта так, як ви хотіли б, аби відносилися до вас. Поставте себе на місце клієнта. Кожен хоче, щоб до нього відносилися з повагою, поважаючи його почуття власної гідності. Глибокі стосунки і душевна розмова починається після того, як клієнт зрозумів, що його думки і переживання вам близькі. Стосунки довіри розвиваються із здатності клієнта і консультанта бути чесними.

Беріть до уваги індивідуальні і культуральні відмінності. Можна сказати, що практика терапії і консультування без врахування того, з якою групою ви маєте справу, взагалі не можна назвати етичною практикою. Чи досить ви підготовлені для того, щоб працювати з людьми, що відрізняються від вас?

Сучасне положення в суспільстві дозволяє говорити про потенційно або явно існуючі конфлікти у сфері спілкування. Клінічне інтерв'ю в цьому відношенні не є виключенням. Потенційні психологічні складнощі при проведенні інтерв'ю можливі на різних рівнях — вчора вони охоплювали одну галузь; сьогодні — другу; завтра — можуть поширитися на третю. Без довірчої атмосфери, терапевтичної емпатії між психологом і пацієнтом неможливе кваліфіковане інтерв'ювання, постановка діагнозу і психотерапевтичний ефект.

Слід зазначити, що основний деонтологічний принцип проведення клінічного інтерв'ю – це проведення бесіди із пацієнтом з позиції презумпції його психічної повноцінності.

У теорії Жака Лакана робиться припущення, що інтерв'ю – це не просто стосунки між двома людьми, фізично присутніми на сеансі. Це ще і взаємовідношення культур. Тобто в процес консультування залучені як мінімум четверо, і те, що ми приймали за бесіду терапевта і клієнта, може виявитися процесом взаємодії між їх культурно-історичним корінням.

Відзначимо, що консультування – предмет складніший, ніж просто видача клієнтові рекомендацій. Культуральна належність пацієнта завжди повинна враховуватися. Терапевт і клієнт – це те, що ми бачимо і чуємо в процесі інтерв'ю. «Але ніхто не може піти від свого культурного спадку. Деякі психологічні теорії мають тенденцію до антиісторизму і недооцінюють вплив культуральної приналежності на клієнта. Вони фокусуються в основному на стосунках клієнт – психолог, не беручи до уваги цікавіші факти їх взаємодії» (Ж. Лакан).

Емпатія вимагає, аби ми розуміли як особисту неповторність, так і культурно-історичні особливості свого клієнта. Історично емпатія фокусувалася на особистій неповторності, а другий аспект виявився забутим. Наприклад, для психологів США і Канади характерне очікування, що всі клієнти незалежно від їх належності до певної культури, однаково реагуватимуть на одне і те ж лікування.

У ідеальному варіанті обоє – психолог і клієнт – усвідомлюють і використовують культурно-історичний аспект. Емпатію ж не можна вважати необхідною і достатньою умовою, якщо не приділяти уваги і культуральному аспекту.

У процесі клінічного інтерв'ю, як показує досвід і підтверджує теорія Ж. Лакана, можуть стикатися такі складові історико-культурних баз психолога (лікаря) і клієнта (пацієнта) як: стать, вік, релігійні переконання і віросповідання, расові особливості (у сучасних умовах – національність). Ефективність інтерв'ю в цих випадках залежатиме від того, як психолог і пацієнт з різними переконаннями і особливостями порозуміються, який стиль спілкування запропонує діагност для створення атмосфери довіри. Сьогодні ми маємо справу з відносно новими проблемами в галузі лікувальної взаємодії. Пацієнти часто не довіряють лікарям, а лікарі – пацієнтам лише на підставі відмінностей по національним, релігійним, та іншим ознакам. Лікар (також як і психолог) повинен орієнтуватися на поточну ситуацію в галузі етнокультурних взаємин і вибирати гнучку тактику спілкування, що уникає обговорення гострих глобальних і немедичних проблем, зокрема національних, релігійних, тим більше не нав'язувати своєї точки зору на ці питання.

Існують різні методологічні підходи до проведення інтерв'ю.

Вважається, що по тривалості перше інтерв'ю має тривати близько 50 хвилин. Подальші інтерв'ю з тим же клієнтом (пацієнтом) можуть бути трохи коротшими. Можна запропонувати наступну модель (структуру) клінічного інтерв'ю:

I етап: встановлення «довірливої дистанції». Ситуативна підтримка, надання гарантій конфіденційності; визначення домінуючих мотивів проведення інтерв'ю.

II етап: виявлення скарг (пасивне і активне інтерв'ю), оцінка внутрішньої картини – концепції хвороби; структуризація проблеми.

III етап: оцінка бажаного результату інтерв'ю і терапії; визначення суб'єктивної моделі здоров'я пацієнта і переважаючого психічного статусу.

IV етап: оцінка антиципаційних здібностей пацієнта; обговорення вірогідних варіантів результату захворювання (при його виявленні) і терапії; антиципаційний тренінг.

Наведені етапи клінічного психологічного інтерв'ю дають уявлення про істотні пункти, що обговорюються в процесі зустрічі психолога і хворого. Зрозуміло, що при першому інтерв'ю переважаючими мають бути перші три етапи, а при подальших – четвертий. Особливо слід враховувати рівень психічних розладів пацієнта (психотичний – непсихотичний); добровільність або примусовість інтерв'ю; критичність хворого; інтелектуальні особливості і здібності, а також реальну ситуацію, що оточує його.

Перший етап клінічного інтерв'ю («встановлення довірливої дистанції») можна визначити як активне інтерв'ю. Він є найбільш важливим і важким. Перше враження пацієнта здатне вирішити подальший хід інтерв'ю, його бажання продовжувати бесіду, піти на розкриття інтимних подробиць. Спілкування лікаря або психолога з пацієнтом починається не з формального; «На що скаржитесь?», а з ситуативної підтримки. Інтерв'юер бере нитку розмови в свої руки і, в думках поставивши себе на місце пацієнта, що вперше звернувся до лікаря, відчувши драматизм ситуації, страх клієнта бути визнаним психічно хворим або поставленим на облік, допомагає йому почати розмову.

Зазвичай ефективними для встановлення «довірливої дистанції» – психологічного комфорту є вислови типу: «Я розумію, як це непросто звернутися до лікаря (психолога). Мені, напевно, не варто говорити про те, що все, чим Ви захочете поділитися зі мною про себе і свої переживання залишиться між нами». На подальших етапах бажано підтверджувати (нагадувати) пацієнтові свої гарантії конфіденційності. Наприклад, запитання, істотні для розуміння стану пацієнта, слід починати із слів: «Якщо не секрет, не могли б Ви розповісти детальніше про...» або «Ваше право не говорити мені про ...»; «Якщо Вам не хочеться обговорювати цю тему, ми могли б перейти до іншої». Подібними мовними, заснованими на етичних принципах, засобами можливе швидко і ефективно встановлення потрібної «душевної хвили» між лікарем (психологом) і пацієнтом за умови, що за технікою комунікації стоятиме щире бажання розібратися в стані пацієнта, допомогти йому, а не маніпулювання.

Окрім цього, на першому етапі психолог повинен виявити домінуючі мотиви звернення до нього, скласти перше враження про рівень критичності респондента до себе і його психологічні особливості. Ця мета досягається за допомогою питань типу: «Хто був ініціатором Вашого звернення до фахівця?»,

«Ваш прихід на бесіду зі мною – це Ваше власне бажання або Ви зробили це для заспокоєння родичів (знайомих, батьків, дітей, начальства)?»

Навіть при бесіді із хворим з психотичним рівнем розладів доцільно почати інтерв'ю з надання гарантій конфіденційності. Нерідко ефективними для подальшої розмови з такими хворими виявляються фрази типу: «Ви напевно знаєте, що можете відмовитися від розмови зі мною як з психологом?» У переважній більшості випадків дана фраза не викликає бажання піти з кабінету лікаря, а навпаки виявляється приємним відкриттям для пацієнта, який починає відчувати свободу розпоряджатися інформацією про себе і при цьому стає більш відкритим для спілкування.

Активна роль лікаря (психолога) на цьому уривається і настає етап пасивного інтерв'ю. Хворому (клієнтові) надається час і можливість пред'явити скарги в тій послідовності і з тими подробицями і коментарями, які він вважає потрібними і важливими. Лікар або психолог при цьому виконують роль уважного слухача, що лише уточнює особливості проявів захворювання пацієнта. Найчастіше методика вислуховування включає наступні способи.

Таблиця

Основні етапи діагностичного вислуховування

(за А. Айві)

Методика	Опис	Функція в процесі інтерв'ю
Відкриті питання	«Що?» — виявляє факти; «Як?» — відчуття; «Чому?» — причини; «Чи можна?» — загальну картину	Використовується для з'ясування основних фактів і полегшують розмову
Закриті питання	Зазвичай включають частку «чи», на них можна відповідати коротко	Дають можливість виявити особливі факти, скорочують дуже довгі монологи
Заохочення (підтримка)	Повторення декількох ключових фраз клієнта	Заохочує детальну розробку специфічних слів і сенсу
Віддзеркалення відчуття	Звертає увагу на емоційний зміст інтерв'ю	Прояснює емоційну підоснову ключових фактів, допомагає розкривати відчуття
Переказ	Повторення суті слів клієнта і його думок, використовуючи його ключові слова	Активізує обговорення, показує рівень розуміння
Резюме	У стислому вигляді повторює основні факти і відчуття клієнта	Корисно повторювати періодично під час інтерв'ю, що є обов'язковим в кінці зустрічі.

Питання, що задаються діагностом, спрямовані на оцінку внутрішньої картини хвороби, тобто виявлення уявлень пацієнта про причини виникнення у нього тих або інших симптомів. При цьому виробляється структуризація проблеми, яка залишається фруструючою на момент інтерв'ю. Тут же діагност ставить всілякі питання, що стосуються аналізу і психічного стану, ґрунтуючись на відомих діагностичних алгоритмах. Окрім вислуховування психолог під час інтерв'ю повинен використовувати і елементи впливу.

Таблиця

Методи впливу в процесі інтерв'ю

(за А. Айві)

Метод	Опис	Функція в процесі інтерв'ю
Інтерпретація	Задає нові рамки, в яких клієнт може побачити ситуацію	Спроба дати можливість клієнтові по-новому побачити ситуацію — альтернативне сприйняття реальності, що сприяє зміні поглядів, думок, настрою і поведінки
Директива (вказівка)	Говорить клієнтові, яку дію зробити. Може бути просто побажанням або технікою.	Ясно показує клієнтові, якої дії психолог від нього чекає.
Порада (інформація)	Дає побажання, загальні ідеї, домашні завдання, пораду про те, як діяти, думати, поводитися.	Поради, які використовуються помірно, дають клієнтові корисну інформацію.
Саморозкриття	Психолог ділиться особистим досвідом і переживаннями, або розділяє відчуття клієнта.	Тісно пов'язаний з прийомом зворотного зв'язку, побудований на «я-пропозиціях». Сприяє встановленню рапорту.
Зворотний зв'язок	Дає клієнтові можливість зрозуміти, як його сприймає психолог оточуючі.	Дає конкретні дані, які допомагають клієнту зрозуміти, як його уявляють інші, сприймають його поведінку і стиль мислення, що створює можливість само сприйняття
Логічна послідовність	Пояснює клієнтові логічні наслідки його мислення і поведінки. «Якщо... то».	Дає клієнтові іншу точку відліку. Цей метод допомагає людям передбачати результати їх дій.
Резюме	Часто використовується в кінці бесіди, аби сформулювати думки психолога. Часто використовується в комбінації з резюме.	Прояснює, що психолог і клієнт дійшли за час бесіди. Підводиться підсумок того, що сказав терапевт. Покликаний допомогти клієнтові перенести ці узагальнення з інтерв'ю в реальне життя.

Істотним на даному етапі інтерв'ювання є збір так званого *психологічного і медичного анамнезу* – історії життя і хвороби. Завданням психологічного анамнезу є здобуття від хворого відомостей для оцінки його особистості, ставлення до самого себе і, особливо, відношення до хвороби і оцінки того, наскільки хвороба змінила всю його особистість. Важливими є дані про перебіг хвороби і життєвий шлях, яке віддзеркалення хвороба отримує в суб'єктивному світі пацієнта, як позначається на його поведінці, на всій системі особистих стосунків. Зовні медичний і психологічний анамнез як методи дослідження вельми схожі – розпитування може йти по єдиному плану, але їх мета і використання отриманих даних абсолютно відмінні (В.М. Смірнов, Т.Н. Резнікова).

Наступний (III) етап клінічного інтерв'ю направлений на виявлення уявлень пацієнта про можливий і бажаний результати інтерв'ю та терапії. Хворого запитують: «Від чого з того, що Ви мені розповіли Вам хотілося б позбавитися в першу чергу? Як Ви уявляли собі до приходу до мене нашу бесіду і що Ви чекаєте від неї? Як Ви думаєте, чим би я міг Вам допомогти?»

Останнє питання націлює на виявлення бажаного для пацієнта способу терапії. Адже не рідкі випадки, коли хворий після пред'явлення лікареві скарг (часто різноманітних і суб'єктивно важких) відмовляється від лікування, посилаючись на те, що принципово не приймає жодних ліків, скептично відноситься до психотерапії або взагалі не довіряє лікарям. Подібні ситуації вказують на очікуваний психотерапевтичний ефект від самого інтерв'ю, від можливості висловитися, бути почутим і зрозумілим.

Цього виявляється в деяких випадках достатнім для певної частини тих, що звертаються за консультацією до лікаря або психолога. Адже часто людина приходить до лікаря (особливо психолога) не за діагнозом, а для того, щоб отримати підтвердження власних поглядів на своє психічне здоров'я і врівноваженість.

На четвертому завершальному етапі клінічного інтерв'ю знову активна роль переходить до інтерв'юера. Ґрунтуючись на виявленій симптоматиці, маючи уявлення пацієнта про концепцію власної хвороби, знаючи чого чекає хворий від лікування, інтерв'юер-психолог спрямовує інтерв'ю в русло антиципаційного тренінгу. Як правило, хворий на невроз боїться думати і навіть обговорювати з будь-ким можливі сумні результати конфліктних ситуацій для нього, що викликали звернення до лікаря і захворювання.

Антиципаційний тренінг, який заснований на антиципаційній концепції неврозогенезу (В.Д. Менделевич), спрямований, в першу чергу, на додумування пацієнтом самих негативних наслідків його хвороби і життя. Наприклад, при аналізі фобічного синдрому в рамках невротичного реєстра доцільно ставити питання, в наступній послідовності: «Чого саме Ви боїтеся? – Щось погане повинне статися. – Як Ви передбачаєте і відчуваєте, з ким це погане повинне статися: з Вами чи з Вашими близькими? – Я думаю зі мною. – Що ж саме, як Вам здається? – Я боюся померти. – Що означає для Вас смерть? Чим вона страшна? – Не знаю. – Я розумію, що це неприємне заняття – думати про смерть, проте, прошу Вас подумайте, чого саме Ви боїтеся смерті? Я спробую Вам допомогти. Для однієї людини смерть – це небуття, для іншої – страшна не сама смерть, а пов'язані з нею страждання, біль; для третьої – вона означає, що діти і близькі виявляться в разі смерті безпорадними і так далі Яка Ваша думка про це? – ... –»

Подібний прийом в рамках клінічного інтерв'ю виконує як функцію точнішої діагностики стану пацієнта, проникнення в глибини найпотраємніших особливостей його хвороби і особистості, так і терапевтичну функцію.

Клінічне інтерв'ю складається з вербальних (описаних вище) і невербальних засобів, особливо на другому етапі. Разом з опитуванням пацієнта і аналізом його відповідей, лікар може розпізнати масу важливої інформації, не вираженої словами.

Мова міміки і жестів – це той фундамент, на якому ґрунтується консультування і опитування (А. Айві). Невербальна мова, на думку останнього автора, функціонує на трьох рівнях:

✓ умови взаємодії: наприклад, час і місце бесіди, оформлення кабінету, одяг і інші важливі деталі, більшість з яких впливає на характер взаємин між двома людьми;

✓ інформаційний потік: наприклад, важлива інформація часто приходить до нас у формі невербальної комунікації, але набагато частіше невербальна комунікація модифікує сенс і переставляє акценти в словесному контексті;

✓ інтерпретація: кожен індивід, що належить до будь-якої культури, має абсолютно різні способи інтерпретації невербальної комунікації. Те, що сприйняв з невербальної мови один, може повністю відрізнятися від того, що зрозумів інший.

Дослідження в західній психологічній науці по вивченню навичок вислуховування показали, що стандарти візуального контакту, нахилу тулуба, середній тембр голосу можуть абсолютно не підходити в спілкуванні з деякими клієнтами. Коли лікар працює з депресивним хворим або з людиною, що говорить про делікатні речі, візуальний контакт під час взаємодії може бути недоречним. Інколи мудрим рішенням буде відвести погляд від пацієнта.

Візуальний контакт. Не забуваючи про культуральні відмінності, слід все ж відзначити важливість того, коли і чому індивід перестає дивитися вам в очі. «Саме рух очей – ключ до того, що відбувається в голові клієнта, – вважає А. Айві, – Зазвичай, візуальний контакт припиняється, коли людина говорить на лоскитливу тему. Проте, аби точніше визначити значення зміни невербальної поведінки або візуального контакту, потрібна не одна бесіда, інакше можливий великий ризик зробити помилкові висновки.»

Мова тіла. За цим параметром відрізняються представники різних культур. Різні групи вкладають неоднаковий смисл в одні і ті ж жести. Вважається, що найбільш інформативною в мові тіла є зміна нахилу тулуба. Клієнт може сидіти природно, і потім, без всякої видимої причини стискувати долоні, схрестити ноги або сісти на край крісла. Часто ці начебто незначні зміни є індикаторами внутрішньоособистісного конфлікту.

Інтонація і темп мови. Інтонація і темп мови людини може стільки ж сказати про неї, особливо про її емоційний стан, скільки і вербальна інформація. Те, наскільки голосно або тихо виголошуються пропозиції, може служити індикатором сили відчуттів. Швидка мова зазвичай асоціюється із станом нервозності і гіперактивністю; тоді як сповільнена мова може свідчити про млявість і депресію.

Відзначимо услід за А. Айві значущість таких параметрів як побудову мови в процесі інтерв'ю. Те, як люди будують пропозиції, є важливим ключем до розуміння їх сприйняття світу. Наприклад, пропонується відповісти на запитання: «Що Ви скажете контролерові, коли він почне перевіряти наявність квитків, а Ви виявитесь в скрутному положенні?», запропонувавши наступні варіанти відповідей: а) «Квиток «порваний»; б) «Я порвав квиток»; в) «Машина порвала квиток»; г) «Щось сталося»?

Пояснення навіть такої незначної події може послужити ключем до розуміння того, як людина сприймає себе і навколишній світ. Кожна з

наведених вище пропозицій відповідає дійсності, але кожна ілюструє різний світогляд. Перша пропозиція – просто опис того, що сталося; друга – демонструє людину, що бере відповідальність на себе і вказує на внутрішній локус контролю; третя представляє зовнішнє управління, або «Я не робив цього»; і четверта вказує на фаталістичне, навіть містичне світосприймання.

Аналізуючи структуру пропозицій, ми можемо прийти до важливого висновку відносно психотерапевтичного процесу: слова, якими оперує людина, описуючи події, часто дають про неї більше інформації, ніж сама подія. Граматична структура речень теж є індикатором особистого світогляду.

Дослідження і спостереження Річарда Бендлера і Джона Гріндера – основоположників нейролінгвістичного програмування – акцентували увагу психологів і психотерапевтів на лінгвістичних аспектах діагностики і терапії. Вперше було відмічено значення використовуваних пацієнтом (клієнтом) слів і побудови фраз в процесі розуміння структури його розумової діяльності, а значить і власних особливостей. Учені відмітили, що люди по-різному розповідають про подібні явища. Одна жінка, наприклад, скаже, що «бачить», як її чоловік до неї погано відноситься; інша застосує слово «знаю»; третя – «відчуваю»; четверта – скаже, що чоловік не «прислухається» до її думки. Подібна мовна стратегія вказує на переважаючі певних репрезентативних систем, наявність яких необхідно враховувати з метою «підключення» до пацієнта і створення дійсного взаєморозуміння в рамках інтерв'ю.

Використання вербальної і невербальної комунікації сприяє точнішому розумінню проблем пацієнта і дозволяє створити взаємно сприятливу ситуацію під час клінічного інтерв'ю.

ДОДАТОК Г

Дослідження особистості хворого біографічним методом

Біографічний метод (вивчення анамнезу життя) – це метод синтетичного опису людини як особистості, суб'єкта діяльності. Це один з методів, який дозволяє вивчати особистість в процесі розвитку, він є одночасно і генетичним методом дослідження, який дозволяє прослідкувати динаміку життєвого шляху. Недоліком методу є його описовий характер, залежність спогадів про минуле від помилок пам'яті, але вони можуть бути скоректовані більш об'єктивними даними комплексного дослідження особистості.

Розробка біографічного методу відноситься до першої третини ХХ ст. У вітчизняній психології до цього методу вперше звернувся Н. Рибніков. Комплексне біографічне дослідження охоплює всі вікові етапи і сфери життя людини, має важливе значення для комплексного психологічного вивчення пацієнта.

Біографічний метод включає наступні розділи:

1. Дані життєвого шляху.
2. Ступені соціалізації (ясла, дитячий садок, школа, вуз і т.д.)
3. Середовище розвитку (місця проживання, навчальні заклади та ін.)
4. Інтереси та хобі в різні періоди життя.
5. Стан здоров'я, в тому числі і перенесені захворювання.

Хронологічна таблиця особистісного розвитку

Основні дати	Події	Переживання

✓ Дані відповіді обробляються методом контент-аналізу.

Інтерпретація результатів передбачає аналіз:

✓ соціальної ситуації розвитку особистості;
✓ основного фону емоційних переживань в різні періоди розвитку;

✓ ціннісних орієнтацій, спрямованості, інтересів, тенденцій, середовища спілкування, соціальної активності особистості;

✓ основних конфліктів і рухомих сил розвитку особистості.

Крім того, вивчення біографії (за анамнезом життя) надає лікарю інформацію про систему цінностей хворого, спрямованість його інтересів, потреби, смаки, поведінку в складних життєвих ситуаціях та ін.

Різновидом цього методу є клініко-біографічний метод. Його застосування дає можливість притримуватися не вузько клінічного, а розширеного, клініко-психологічного розуміння етіопатогенезу хворобливих порушень у пацієнта. При наявності клінічно виражених психосоматичних розладів цей метод дозволяє прояснити як першопочатковий психологічний статус, так і внутрішню картину хвороби, яка включає набір вторинних психологічних проблем, які виникають у зв'язку з переживанням людиною свого хворобливого стану.

Він підкреслює унікальність життєвого шляху кожної людини, а також необхідність перетворення психології розвитку особистості у психологію життєвого шляху, коли основою періодизації стають конкретні життєві події, під час яких особистістю переживаються психофізіологічні сенситивні періоди, кризи та ін. (І.С. Кон, Т. Анатрелла, Р. Лернер, Дж. Тюбмен).

У вітчизняній психології дані питання досліджуються в межах напрямку, відомого як «життєвий шлях особистості».

В клінічно-біографічне дослідження хворого входить також і виявлення анамнезу хвороби (історія виникнення, перебігу, відомості про можливі причини, лікування захворювання, а також інформація про супутню психосоматичну патологію). Крім того, дуже важливим є визначення сімейного анамнезу, тобто збирання клінічним психологом відомостей про спадковість та наявність психічних розладів, соматичних захворювань у членів родини пацієнта.

Дійсно, при оцінюванні анамнестичних даних важливо враховувати спадковість пацієнта. Однак, при виявленні питань, що стосуються спадковості, не можна робити занадто явних акцентів на сімейній патології, так як це може викликати у нього додаткові негативні психологічні переживання і навіть фобічні або іпохондричні порушення.

ДОДАТОК І

АЛГОРИТМ ДІАГНОСТИКИ ПСИХОЛОГІЧНИХ І ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ

Встановлення діагнозу психічного розладу відповідно до Закону України «Про психіатричну допомогу» є виключно компетенцією лікарів-психіатрів або комісії лікарів-психіатрів (рубрики F0-9 за МКХ-10).

Лікарі всіх інших спеціальностей мають наступні компетенції щодо психічних розладів:

- ✓ запідозрити наявність психічного розладу;
- ✓ встановити синдромальний діагноз;
- ✓ встановити діагноз психологічного розладу;
- ✓ направити на консультацію до лікаря-психіатра;
- ✓ проводити терапію, реабілітацію тяжких розладів разом із лікарем-психіатром;
- ✓ проводити терапію легких/помірних розладів самостійно в межах клінічних настанов і уніфікованих протоколів.

Лікарі-психологи, клінічні психологи, насамперед, використовують рубрики R45 і R46 за МКХ-10. Ці рубрики ми рекомендуємо до використання й іншим лікарям непсихіатричного профілю.

K45 Симптоми та ознаки, що відносяться до емоційного стану

K45.0 Нервозність

K45.1 Стурбованість та збудження

K45.2 Почуття нещастя

K45.3 Деморалізований стан та апатія

K45.4 Роздратованість та гнів

K45.5 Ворожість

K45.6 Фізичне насильство

K45.7 Стан емоційного шоку та стресу, неуточнений

K45.8 Інші симптоми та ознаки, що відносяться до емоційного стану

K46 Симптоми та ознаки, що відносяться до зовнішнього вигляду та поведінки

K46.0 Дуже низький рівень особистої гігієни

K46.1 Анормальний зовнішній вигляд

K46.2 Дивна та незрозуміла поведінка

R46.3 Зверхактивність

R46.4 Сповільненість та знижене сприйняття

R46.5 Підозрілість та помітна ухильність

R46.6 Надмірне занепокоєння та неуважність зі стресовими наслідками

R46.7 Багатослівність та дріб'язкова деталізація, що ускладнюють контакт

R46.8 Інші симптоми та ознаки, що відносяться до зовнішнього вигляду та поведінки

І етап діагностики – за умови отримання інформованої згоди пацієнта проводиться скринінгове тестування за допомогою самоопитувальника «Анкета для виявлення психосоматичних розладів» (варіант для дорослих) (Чабан О.С. і Хаустова О.О.), або, за наявності показань, скринінг феноменів тривоги,

депресії тощо.

II етап – у разі отримання позитивного результату на I етапі доцільне подальше обстеження з використанням індивідуалізованої діагностичної програми, створеної з декількох методик, наприклад: опитувальника стану здоров'я PHQ; госпітальної шкали тривоги і депресії HADS; шкали сну; Монреальської шкали когнітивної оцінки (МОСА), шкала оцінки рівня якості життя (Чабан О.С., 2009) та інших.

Оцінка певного психопатологічного феномену за діагностичною шкалою не є тотожною діагнозу психічного розладу, але дозволяє визначити ступінь порушення і обґрунтувати обсяг терапії.

Психосоматичні розлади в МКХ-10

У міжнародній класифікації хвороб десятого перегляду (МКХ-10) термін «психосоматичні хвороби» не використовується з огляду на його значення в різних мовах та різні медичні традиції, а також для того, щоб не виникало думки, нібито при інших захворюваннях психологічні фактори не мають значення в їх виникненні та перебігу.

Розлади, що були визначені як психосоматичні в інших класифікаціях, у МКХ-10 знаходяться в рубриках:

P45 Соматоформні розлади: F45.0 – Соматизований розлад, F45.2 – Іпохондричний розлад, F45.3 – Соматоформна вегетативна дисфункція, F45.4 – Хронічний соматоформний больовий розлад, F45.9 – Соматоформний розлад не уточнений; P44 – Дисоціативний (конверсійний) розлад; F48.0 – Неврастенія; F50 розлади прийняття їжі; F54 психологічні та поведінкові фактори, пов'язані з розладами або захворюваннями, що класифіковані в інших рубриках. Для реєстрації соматичного стану використовується свій код у сполученні з рубрикою F54: Бронхіальна астма (J45), виразка шлунку (K25), виразковий коліт (K51), дерматит (L23-L25).

Для постановки діагнозу «Соматоформний розлад» потрібна одночасна наявність усіх наступних ознак без виключення:

- ✓ відсутні дані про істотне структурне або функціональне порушення органу або системи;
- ✓ симптоми захворювання тісно пов'язані з неприємними життєвими обставинами, труднощами та конфліктами;
- ✓ заклопотаність і засмученість з приводу можливого серйозного (але часто невизначеного) захворювання цього органу або системи, причому повторні пояснення і переконання на цей рахунок лікарів залишаються безрезультатними.

До соматоформної вегетативної дисфункції F45.3 відносять: кардіальний невроз; синдром Да Коста; гастроневроз; нейроциркуляторну астеною; психогенну форму аерофагії; психогенну форму кашлю; психогенну форму діареї; психогенну форму диспепсії; психогенну форму дизурії; психогенну форму метеоризму; психогенну форму гикавки; психогенну форму глибокого і частого дихання; психогенну форму частого сечовипускання; психогенну форму роздратованого кишківника; психогенну форму пілороспазму.

При соматизованому розладі: вегетативні симптоми можуть виникати протягом декількох років, але вони не є виразними і сталими, та не приписуються весь час до одного органу або системи.

Психосоматичні розлади в DSM-5

В оновленому американському діагностичному та статистичному керівництві психічних розладів п'ятого перегляду (DSM-5) з'явилась категорія «Розлад із соматичними симптомами і аналогічні розлади» (Somatic symptom and related disorders), що відповідає категорії соматоформних розладів в МКХ-10.

Діагноз «розлад із соматичними симптомами» за DSM-5 може бути встановлений на рівні з діагнозом з іншої медичної спеціальності тільки якщо соматичні симптоми поєднуються з аномальними думками, почуттями і поведінкою.

З DSM-5 були вилучені розлади соматизації, іпохондрія, больовий розлад і не уточнений соматоформний розлад. Це пов'язано з тим, що постановка таких діагнозів дуже часто викликає складнощі в спеціалістів первинної медичної мережі, до яких вони найчастіше потрапляють. Тож відмінності в групі соматоформних розладів у DSM-5 та DSM-IV наведені в таблиці.

Таблиця

Відмінності соматоформних розладів у DSM – IV та DSM – 5

DSM-5	DSM-IV
Розлад із соматичними симптомами	Соматизований розлад Соматоформний розлад не уточнений Больовий розлад Іпохондрія
Розлад тривожного спектру	Іпохондрія
Розлад із функціональними неврологічними симптомами	Конверсійний розлад
Психологічні фактори, які впливають на інші медичні стани	Психологічні фактори, які впливають на інші медичні стани
Дисморфофобічний розлад	Дисморфофобічний розлад
Симуляційний розлад	Симуляційний розлад
Інший диференційований/не диференційований соматичний симптом та відповідний розлад	Неспецифічний соматоформний розлад

Як ми бачимо в таблиці «Конверсійний розлад» був трансформований у «Розлад із функціональними неврологічними симптомами». Головним критерієм при постановці такого діагнозу має стати результат неврологічного обстеження.

«Іпохондрія» як нозологія трансформована у DSM-5 у дві рубрики. Частина пацієнтів, які раніше страждали на іпохондрію з симптомами підвищеної тривожності та соматичними симптомами, увійшли в рубрику «Розлад із соматичними симптомами», а пацієнти з підвищеною тривожністю без соматичних симптомів – у «Захворювання тривожного спектру».

Рубрика «Больовий розлад», як окрема одиниця, була вилучена з DSM-5, що пов'язано зі зміною підходів до пацієнтів із больовим синдромом. Приводом для цього стали дані останніх досліджень, в яких був доведений вплив психологічних факторів на всі види болю. На відміну від попередніх, які стверджували, що біль може бути результатом впливу психологічних або соматичних захворювань та уражень (травми, запалення і т.д). Пацієнти з больовим синдромом увійшли до рубрики «Розлад із соматичними симптомами, з домінуючим болем».

Саме таких змін має зазнати і оновлена міжнародна класифікація хвороб МКХ-11, яка наразі знаходиться у фазі апробації.

ДОДАТОК Д

Список рекомендованих діагностичних шкал та скринінгових анкет в клінічній практиці

Анкета вивчення факторів, які призвели до проблем здоров'я
Соціальна ситуація у зв'язку з проблемою здоров'я
Модальний аналіз існуючих проблем пацієнта із психосоматичними проблемами
Моменти життєвої історії, які підлягають додатковому аналізу
Анкета для виявлення психосоматичних розладів у дорослих
Шкала самооцінки депресії в дорослих
Шкала самооцінки тривоги в дорослих
Діагностика соматизації психічних порушень
Самоопитувальник стану здоров'я пацієнта PHQ
Чотирьохвимірна анкета симптомів (4DSQ)
Шкала соматичних симптомів (SSS-8)
Діагностика депресії
Шкала депресії А. Бека
Шкала депресії Гамільтона (HAM-D)
Шкала депресії Монтгомері-Асберг (MADRS)
Колумбійська шкала тяжкості суїцидальних намірів (C-SSRS)
Діагностика тривоги
Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS)
Шкала тривоги Гамільтона (HAM-A)
Шкала реактивної та особистісної тривоги Спілбергера-Ханіна
Діагностика безсоння
Пітсбурзький опитувальник якості сну (PSQI)
Шкала сонливості за Епверта (ESS)
Анкета скринінгу апное уві сні
Діагностика болю
Візуально-аналогова шкала болю (VAS)
Больовий опитувальник Мак-Гілла
Багатофакторний опитувальник болю (WHYMPI)
Шкала катастрофізації хронічного болю
Шкала SPAASMS
Оцінка DIRE
Діагностика когнітивного дефіциту
Коротке дослідження психічного стану (MMSE)
Монреальська шкала когнітивної оцінки (MOCA)
Тест малювання годинника
Клінічна рейтингова шкала деменції
Визначення якості життя
Шкала оцінки рівня якості життя
Опитувальник неспецифічної якості життя (MOS SF-36)
Загальне клінічне враження

CGI-S – Загальне клінічне враження – Шкала тяжкості

CGI-I – Загальне клінічне враження – Шкала покращання

ДОДАТОК Е

ІНФОРМАЦІЙНІ РЕСУРСИ ДЛЯ ПРОФЕСІЙНОГО ЗРОСТАННЯ КЛІНІЧНОГО ПСИХОЛОГА

Світові інформаційні ресурси – <https://library.gov.ua/svitovi-e-resursy/>
Інформаційні матеріали для клінічних психологів –
<https://www.mh4u.in.ua/files/>
Національна психологічна асоціація – <https://www.mh4u.in.ua/files/>
Лабораторія психології здоров'я МДПУ –
<https://dfn.mdpu.org.ua/course/view.php?id=6832>
Екосистема психологічної допомоги – <https://www.mentalhelp.in.ua/>
Resilience Help – <https://www.resilience.help/>
Академія стійкості – <https://resilience.k-s.org.ua/>
Програма розвитку резильєнтності – <https://www.mresilience.net/app-training>
iChill (Модель стійкості до травм і модель стійкості спільноти) –
<https://www.ichillapp.com/Overview.html>

ПСИХОДІАГНОСТИЧНІ РЕСУРСИ

АІС «Я-ПСИХОЛОГ» (<https://xn----ftbomobdq1b9f.xn--j1amh/blog/post-22>) – це передова платформа, розроблена в Україні для практичних психологів, соціальних педагогів, приватних психологів, клінічних психологів, фахівців у галузі психодіагностики та працівників психологічної служби. Завдяки цій системі ви зможете проводити ефективні та точні психологічні дослідження, використовуючи широкий спектр психологічних тестів та анкет, які доступні як у форматі онлайн, так і для офлайн застосування.

Наші інструменти психологічної діагностики дозволяють проводити глибокий аналіз психічного стану та особистісних особливостей респондентів. Використання високоякісних психодіагностик та анкет онлайн дозволяє зручно та швидко здійснювати оцінку психічного здоров'я та психологічної поведінки.

Автоматизована інформаційна система розроблена для полегшення роботи практичних психологів і соціальних педагогів, вона поєднує в собі всі необхідні інструменти для полегшення роботи працівників психологічної служби, зменшує час на обробку та інтерпретацію психодіагностик та анкетувань.

Платформа з безкоштовними психометричними методиками, які є валідними і адаптованими – <https://start.ua-test.com/>

На платформі доступні такі тести:

AUDIT – тест визначення зловживання алкоголем

CBDS – скринінг депресії

DRRI-2 – опитувальник факторів ризику та стійкості під час служби

DUDIT – тест для визначення зловживання наркотиками

GAD-7 – опитувальник з генералізованої тривоги

MHAI – опитувальник оцінки психічного здоров'я

PCL-5 – скринінг ПТСР

PSS – шкала сприйнятого стресу

ІНФОРМАТИВНІ ВІДЕО РЕСУРСИ

Канал Osmosis from Elsevier – короткі інтерактивні відео про різноманітні психічні розлади, де наглядно пояснюють «як це влаштовано»

<https://youtube.com/@osmosis>

Психічне здоров'я для України –
<https://www.youtube.com/channel/UCDmKQncIXUhgIDgj-y0EC2w>

Психічне здоров'я населення та психосоціальна підтримка під час надзвичайних ситуацій – <https://www.youtube.com/watch?v=yUHEDZZWv0M>

Психотерапевтичні етюди (Олег Чабан) –
https://www.youtube.com/@Oleh_Chaban/videos

ТРЕНІНГИ І КУРСИ ПО ПСИХОЛОГІЧНІЙ ДОПОМОЗІ

Українські і світові керівництва для психологів від НПА – Національна психологічна асоціація

<https://www.npa-ua.org/guidelines>

Зокрема, радимо звернути увагу на:

- ✓ Адаптований переклад керівництва «Путівник із супроводу горювання» (Мадридський службовий психологічний коледж та Асоціація психологів Іспанії)
- ✓ Ми готові. Як підготувати дітей до можливих надзвичайних ситуацій (Рекомендації Світлани Ройз)
- ✓ Як говорити з дітьми про війну? (Матеріали National Child Traumatic Stress Network)
- ✓ Стратегії підтримки сімей та дітей військовослужбовців (Матеріали від APA Division 19)
- ✓ Справитися з горем (Матеріали University of Wisconsin Integrative Medicine)
- ✓ Навички толерування дистресу (Матеріали Therapist.Aid.com)
- ✓ Похорон. Відновлення (Матеріали CSTS)
- ✓ Травматичне відокремлення, діти біженці та іммігранти (Матеріали NCTSN)
- ✓ Пережити втрату. Що таке скорбота та як допомогти людині, яка переживає горе? (Матеріали Дивізіон психоаналітичної психології і психотерапії)
- ✓ Розмови про війну. Питання та відповіді для батьків та опікунів дітей та підлітків (Матеріали Ordem Dos Psicologos)
- ✓ Психологічне втручання у ситуаціях катастрофи. Навчальний посібник (Матеріали Ordem Dos Psicologos)

На сайті проекту Психічне здоров'я для України є ресурсний центр із психосоціальної підтримки для фахівців із психічного здоров'я під час війни:

<https://www.mh4u.in.ua/ya-fahivecz-iz-psyhichnogo-zdorovya/resursnyj-czentr-iz-psyhosoczialnoyi-pidtrymky/>

Тут ви знайдете:

46 посібників і керівництв
120 – записів вебінарів і тренінгів, зокрема, іноземних колег, на різні теми, зокрема, пов'язані з травмою і кризовими втручаннями

Матеріали по мотиваційному інтерв'юванню (МІ)

Відео лекції по МІ від академії НСЗУ:

частина 1: <https://www.youtube.com/watch?v=MI9WKq3zHFY>

частина 2: <https://www.youtube.com/watch?v=3xJf9juFEIY>

Перелік літератури по МІ від Міжнародної спільноти фахівців в сфері психоактивних речовин (ISSUP):

<https://www.issup.net/uk/knowledge-share/resources/2022-05/motyvatsiyne-intervyyu-spysok-dlya-chytannya>

ДЛЯ РОБОТИ З ВІЙСЬКОВИМИ І ВЕТЕРАНАМИ

У Veteran Hub на навчальній платформі «Prometheus» є 3 дуже важливі онлайн-курси, на які варто звернути увагу і про які варто пам'ятати:

1) Як пережити війну разом: курс для родин військовослужбовців, ветеранок та ветеранів

https://courses.prometheus.org.ua/courses/course-v1:VETERAN_HUB+TOGETHER101+2023_T1/about

2) Адаптація до цивільного життя. Курс для ветеранів та ветеранок

https://courses.prometheus.org.ua/courses/course-v1:VETERAN_HUB+ADAPTATION101+2023_T1/about

3) Сам собі терапевт. Інструменти психологічної самодопомоги для ветеранів та ветеранок

https://courses.prometheus.org.ua/courses/course-v1:VETERAN_HUB+TM101+2022_T3/about

ОНЛАЙН-КУРСИ ДЛЯ НЕФОРМАЛЬНОЇ ОСВІТИ З МЕТОЮ ПІДВИЩЕННЯ КВАЛІФІКАЦІЇ З ФАХУ

Перелік носить виключно орієнтовний характер, здобувач може обрати інші курси, свідомо формуючи індивідуальну освітню траєкторію

<https://members.physio-pedia.com/uk/ukraine-page-uk/>
<https://ed-era.com/>
<https://edway.in.ua/uk/>
<https://www.coursera.org/>
www.edx.org

www.udemy.com
prometheus.org.ua
openuped.eu
vseosvita.ua
<https://learnlifelong.net/>

✓ Реабілітація в умовах катастроф і конфліктів – <https://members.physio-pedia.com/uk/learn-page-uk/>

✓ Безкоштовний онлайн курс від гарячої лінії психологічної підтримки та попередження самогубств Lifeline Ukraine «Розмова заради життя» – <https://training.lifelineukraine.com/>

✓ Освітня програма «Ментальні розлади та робота з психотравмою під час війни» – <https://www.upma.online/archives/programs/videokurs-1>

- ✓ Розуміння реабілітаційних потреб переміщених осіб – <https://members.physio-pedia.com/uk/learn-page-uk/>
- ✓ Базова психологічна допомога в умовах війни – https://prometheus.org.ua/course/course-v1:Prometheus+BPA101+2022_T2
- ✓ Життестійкість молоді в умовах криз – https://prometheus.org.ua/course/course-v1:Prometheus+RESILIENCE101+2022_T3
- ✓ Стратегічна інформація у сфері громадського здоров'я – https://prometheus.org.ua/course/course-v1:APH+SIPH101+2018_T3
- ✓ Перша психологічна допомога - https://prometheus.org.ua/course/course-v1:JohnsHopkinsUniversity+PFA101+2023_T3
- ✓ Сам собі терапевт. Інструменти психологічної допомоги для ветеранів та ветеранок – https://prometheus.org.ua/course/course-v1:VETERAN_HUB+TM101+2022_T3
- ✓ Ознайомчий онлайн-курс «Знати як допомогти» (про базові принципи психології для роботи з травмами дітей та дорослих) – <https://study.ed-era.com/uk/courses/course/1785>
- ✓ Онлайн-курс «Раннє втручання» для фахівців, які хочуть надавати послугу раннього втручання або вже її надають, для батьків дітей із порушеннями розвитку та для всіх зацікавлених у цій темі – https://courses.ed-era.com/courses/course-v1:EarlyIntervention+EI_101+2020/about
- ✓ Діалоги без тривоги - <https://study.ed-era.com/uk/courses/course/#!265>
- ✓ Оперативна допомога при ПТСР <https://osvita.diia.gov.ua/guides/operativna-dopomoga-pri-ptsr>
- ✓ Кризові комунікації (як спілкуватися з людьми, які роздратовані, як приборкати стрес та злість) <https://osvita.diia.gov.ua/courses/crisis-communications>
- ✓ Управління людьми в кризу: як вирішувати сварки, обговорювати проблеми і давати співробітникам відчуття опори – <https://osvita.diia.gov.ua/courses/crisis-communications-in-personnel-management>
- ✓ Травмообізнані: практики для вихователів і вчителів – https://prometheus.org.ua/course/course-v1:Prometheus+TI_T101+2023_T3
- ✓ Травматичний досвід і ПТСР: інструментарій для психотерапевта – https://prometheus.org.ua/course/course-v1:Prometheus+PTSD101+2023_T1
- ✓ Психологія стресу та способи боротьби з ним – https://prometheus.org.ua/course/course-v1:KUBG+Psy101+2014_T1