

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
імені В. Н. КАРАЗІНА

МЕТОДОЛОГІЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

Методичні рекомендації для слухачів циклу спеціалізації
за спеціальністю «Клінічна психологія»
для осіб з вищою немедичною освітою,
які працюють в сфері охорони здоров'я

Електронний ресурс

Харків – 2025

УДК 159.9.07(072)

М54

Рецензенти:

Олександр МІНКО – д. мед. н., професор кафедри неврології, психіатрії, наркології та медичної психології ХНУ імені В. Н. Каразіна, завідувач відділу клінічної та соціальної наркології ДУ ІНПН ім. П. В. Волошина НАМН України;

Олена ПАВЛИК – к. псих. н., доцент кафедри педагогіки та психології Харківської державної академії фізичної культури.

Затверджено до розміщення в мережі Інтернет рішенням Науково-методичної ради Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна (протокол № 11 від 25 червня 2025 року)

М54 **Методологія** психологічного дослідження : методичні рекомендації для слухачів циклу спеціалізації за спеціальністю «Клінічна психологія» для осіб з вищою немедичною освітою, які працюють в сфері охорони здоров'я [Електронний ресурс] / укладачі: І. В. Жданова, Д. В. Штриголь, М. В. Савіна. – Харків : ХНУ імені В. Н. Каразіна, 2025. – (PDF 41 с.)

Методичні рекомендації «Методологія психологічного дослідження» призначені для осіб з вищою немедичною освітою, які проходять цикл спеціалізації «Клінічна психологія». Метою матеріалу є набуття слухачами курсу професійних компетенцій щодо теоретичних основ та практичних прийомів проведення психологічного дослідження в клініці. Висвітлено конкретні дослідницькі завдання клінічного психолога в закладах охорони здоров'я, проаналізовано основні дослідницькі підходи та методи, охарактеризовано етапи психологічного дослідження, вказано на принципи підбору та особливості використання різних груп методів у клінічній психології, визначено закономірності інтерпретації результатів та написання заключення. містять питання для самоконтролю, тестові завдання та практичні завдання, які спрямовані на використання на практиці набутих знань.

УДК 159.9.07(072)

© Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна, 2025

© Жданова І. В., Штриголь Д. В., Савіна М. В., уклад., 2025

Зміст

1. Актуальність теми.....	4
2. Визначення понять	5
3. Неекспериментальні методи дослідження	6
4. Експериментальний метод дослідження	12
5. Психодіагностичні методи	14
6. Проєктивний підхід	17
7. Особливості комплексного клініко-психологічного дослідження	19
8. Питання до самоконтролю	22
9. Практичні завдання	23
10. Тестові завдання	24
11. Рекомендована література	27
12. Додаток 1. Методика «Неіснуюча тварина»	29
Додаток 2. Госпітальна шкала тривоги і депресії HADS	34
Додаток 3. Короткий тест для оцінки когнітивних функцій (MMSE)	38

Актуальність теми

Сучасна система охорони здоров'я України дедалі активніше інтегрує психолого-психотерапевтичні послуги до міждисциплінарної моделі допомоги. У цьому контексті клінічна психологія виступає не лише як практична дисципліна, але й як науково-дослідницька галузь, що вимагає від фахівця здатності критично аналізувати, обґрунтовувати і впроваджувати психологічні підходи на базі доказових даних. Особливої актуальності це набуває для осіб із немедичною освітою, які працюють у сфері охорони здоров'я, адже їм необхідно швидко адаптуватися до вимог клінічного середовища та засвоїти принципи професійної відповідальності, етичності та науковості.

Методологія психологічного дослідження формує підґрунтя для розвитку наукового мислення, що дозволяє клінічному психологу не лише споживати знання, а й генерувати їх, адаптувати до конкретного контексту роботи з пацієнтами, розробляти індивідуальні підходи до діагностики та інтервенції. Це особливо важливо у випадках, коли практичне втручання потребує швидкого, але виваженого реагування на унікальні клінічні запити, водночас зберігаючи наукову точність і валідність обраних методів. Окрім того, вимоги до професійної підготовки клінічного психолога включають володіння навичками проєктування, реалізації та аналізу емпіричних досліджень — як у рамках власної практики, так і в складі мультидисциплінарних команд. Це дозволяє впроваджувати оцінку ефективності психотерапевтичних підходів, психоосвітніх програм, а також системну оцінку психічного здоров'я в конкретних соціальних і клінічних умовах.

Методичні рекомендації спрямовані на систематизацію ключових понять, принципів і етапів наукового психологічного дослідження, із акцентом на практичну цінність дослідницьких навичок для клінічного фахівця. Опанування цієї тематики сприятиме формуванню готовності до самостійної наукової діяльності, участі в інтервізійних і науково-практичних проєктах, а також забезпечить критичне розуміння даних сучасної психологічної науки.

1. Визначення понять

Методологія (від грецьк. *methodos* - шлях дослідження чи пізнання; *logos* - вчення) – систематизована сукупність підходів, способів, методів, прийомів та процедур, що застосовуються в процесі наукового пізнання та практичної діяльності для досягнення наперед визначеної мети; система принципів і способів організації теоретичної та практичної діяльності. Вона тісно пов'язана зі світоглядом, оскільки її система передбачає світоглядну інтерпретацію основ дослідження і його результатів. Методологія включає конкретно-наукові прийоми дослідження, які реалізуються в певних методиках отримання наукових і практичних даних.

Для клінічної психології велике значення мають:

➤ принципи системно-діяльнісного підходу, які докладно викладені в роботах О.М. Леонтьєва, О. Р. Лурії, В. М. М'ясищева, Д. Б. Ельконіна і С. Л. Рубінштейна: детермінізм, активність, єдність свідомості й поведінки, системність і розвиток та ін.

➤ описово-феноменологічні принципи: принцип розуміння, епохе (утримання від судження), неупередженості й точності опису, принцип контекстуальності;

➤ клініко-пато психологічні, які описано у працях В.М.Бехтерева, Б.В.Зейгарник : системний якісний (та кількісний) аналіз порушень психічної діяльності; апеляція до особистості хворого, актуалізація його особистісних відносин; виявлення не тільки порушених, але й збережених функцій для опори на них у психокорекційній /реабілітаційній роботі; співвіднесення результатів дослідження з даними здорових осіб відповідного віку, статі, освіти.

На ці принципи спирається лікар та клінічний психолог, вирішуючи різноманітні діагностичні завдання у закладах охорони здоров'я.

В якості конкретних дослідницьких завдань у практичній діяльності клінічного психолога можна назвати наступні :

1. Участь у постановці клінічного психіатричного діагнозу та диференційній діагностиці;

2. Визначення порушень окремих психічних процесів, станів, властивостей – згідно з уніфікованими клінічними протоколами;

3. Оцінка ефективності проведеного втручання (медикаментозного, психотерапевтичного);

4. Участь у вирішенні експертних питань (судово-психіатрична, військова та інші види експертизи).

Згідно з Наказом МОЗ №2118 від 13.12.2023р. «Психологічна діагностика обов'язково проводиться на початку та наприкінці надання психосоціальної допомоги, а також за потреби у процесі її надання відповідно до стану отримувача послуг з метою обрання або корегування способу надання, методу та обсягу психосоціальної допомоги. Психологічна діагностика проводиться із застосуванням методів психологічної діагностики, які є валідними. Спосіб надання психосоціальної допомоги обирається за результатами психологічної діагностики».

Спектр методів та методик, які використовує клінічний психолог є досить широким.

Виділяють неекспериментальний (описовий), експериментальний і психодіагностичний методи.

2. Неекспериментальні методи дослідження

До неекспериментальних методів відносять спостереження, бесіду, психологічний аналіз життя та хвороби, вивчення продуктів діяльності.

Метод спостереження передбачає спостереження за об'єктом (людиною або групою) в очікуванні, що явища, які цікавлять дослідника, виявляться таким чином, що їх можна буде зафіксувати й описати. Це описовий дослідницький метод, що полягає у цілеспрямованому та організованому сприйнятті та реєстрації поведінки досліджуваного об'єкта при безпосередньому сприйнятті явищ і процесів у їхній цілісності і динаміці.

Спостереження використовується як самостійний метод, але може поєднуватися з експериментом.

Метод спостереження застосовується для вивчення психічних процесів, станів і властивостей як здорових, так і хворих людей.

Лікар або психолог, використовуючи цей метод, є пасивним спостерігачем, що очікує появу явищ, які його цікавлять. У той же час дослідник є внутрішньо активним, бо спостереження повинно бути скероване на певні завдання.

У медичній практиці спостереження дає можливість оцінити сон хворого, його апетит, настрій, психічну активність, взаємодію з іншими людьми. У психіатричній практиці особливо важливі спостереження за самостійною активністю, емоційним станом, реакціями пацієнта на те, що відбувається, його взаєминами з хворими і персоналом.

Перевагою методу є те, що дослідження психіки проводиться в природних життєвих умовах. Це дозволяє не порушувати природний хід психічних явищ. При цьому, Р.Кеттел вказуючи, що спостереження повинне бути максимально тривалим і системним (щоб була змога побачити хворого у тих ситуаціях, де можуть розкритись особливості його психічного стану і риси особистості), дає перелік наступних ситуацій: огляд хворого спеціалістами, від заключення яких залежить його діагноз та втручання; підготовка і проведення болючих чи відповідальних процедур; побачення з рідними та близькими; обстановка спілкування з іншими хворими, особливо з тими, хто хворіє на таке ж чи подібне захворювання.

Особливу цінність становить спостереження за пацієнтом під час виконання ним експериментально-психологічних (психодіагностичних) завдань, перш за все в ситуаціях, коли йому складно або він не може оцінювати свої дії. Спостережуваними явищами у даному випадку можуть бути:

- ставлення пацієнта до дослідження в цілому та до виконання конкретних завдань;
- чи охоче він вступає в контакт;
- вільність, розкутість у реакціях, чи, навпаки, напруженість, збудженість, гіперактивність;
- сприйняття інструкції;
- наявність емоційних проявів: сльози, сміх, чи, навпаки, емоційної сплюсненості;
- наявність та особливості вегетативних реакцій;
- інтерес або його відсутність до спільного обговорення проблем хворого;

- реакції хворого на допомогу, похвалу;
- реакції на труднощі у виконанні завдань та критичні зауваження.

Важливою у обов'язковою умовою спостереження є протоколювання всього, що відбувається з пацієнтом під час дослідження. Запис результатів спостереження може здійснюватися двома основними способами.

- 1) Як і при збиранні анамнезу, - «вільним текстом», неформалізовано;
- 2) Відмічати поведінкові ознаки на спеціально розроблених картах і схемах.

Роль методу спостереження зростає в ситуаціях експрес-діагностики, проведення експертизи, при підозрі на симуляцію і дисимуляцію, за наявності мовного бар'єра між лікарем / клінічним психологом і пацієнтом, дефектах аналізаторних систем, у разі відсутності мовлення у хворого.

Недоліком методу спостереження є те, що він не дозволяє точно встановити причину конкретного психологічного явища, оскільки в процесі спостереження неможливо зафіксувати і проаналізувати всі можливі взаємини психічного явища з іншими процесами.

До важливих недоліків методу відносять пасивність спостерігача, суб'єктивізм в оцінці виявленого, недоступність методу щодо деяких важливих, але прихованих від ока лікаря та клінічного психолога проявів психіки (думок, переживань, настанов, мотивів).

Використовуючи спостереження, необхідно пам'ятати про можливі типові помилки методу.

Одним з видів помилок є гало-ефект. Він полягає в тенденції дослідника піддаватися загальному враженню про людину або окрему властивість її особистості. Ця помилка викликає певне ставлення до обстежуваного і впливає на судження про всі інші його особливості. Тому, щоб зменшити вплив цього ефекту, наприклад, при оцінці особистості, необхідно спиратися на спостереження конкретних форм поведінки в різних умовах.

Інший різновид помилок – схильність спостерігача помічати у обстежуваного риси, протилежні його власним характеристикам. Це так звана помилка контрасту.

Досить поширеною є помилка першого враження, яке може визначати все подальше сприйняття пацієнта й оцінку його особистості.

Отже, для того щоб спостереження можна було вважати науковим і доказовим методом, воно має відповідати ряду вимог. Спостереження повинно бути:

- планомірним;
- систематичним;
- цілеспрямованим;
- бути забезпеченим достатньою інформацією про спостережуване явище (якомога більшою кількістю фактів);
- точним (точно фіксувати результати спостереження),
- не тільки повністю описувати досліджуване явище, але і пояснювати його.

Таким чином, спостереження є ефективним методом дослідження природної поведінки людини, а результати спостереження за обстежуваними в ході виконання ними експериментального завдання – джерелом важливої додаткової інформації.

Клінічна бесіда (клінічне інтерв'ю) використовується як метод отримання інформації про індивідуально-психологічні властивості особистості, психологічні феномени і психопатологічні симптоми, внутрішню картину хвороби і структуру проблеми пацієнта.

Метод клінічної бесіди, як і метод спостереження, є основним при дослідженні пацієнтів, які перебувають у тяжкому соматичному стані, коли застосування експериментальних методик ускладнено.

Важливо відзначити, що інтерв'ю в медичній психології виконує не тільки діагностичну, але й психотерапевтичну функцію, поєднання яких необхідно для одужання і реабілітації пацієнта.

В. Д. Менделевич виділяє такі принципи клінічної бесіди: однозначність, точність і доступність формулювань, адекватність, послідовність, гнучкість, неупередженість опитування, перевірюваність отриманої інформації.

Успіх бесіди залежить не тільки від кваліфікації дослідника, але й від комунікативної компетентності. Комунікативна компетентність означає вміння лікаря встановлювати контакт з пацієнтом, підтримувати його в можливості максимально вільно висловлювати свої думки.

З іншого боку, клінічне інтерв'ю відрізняється наявністю алгоритмів, які визначаються знаннями лікаря про симптоми, можливими їх поєднаннями, реакціями особистості на хворобу тощо. Спираючись на скарги хворого чи родичів, або на результати спостереження, лікар скеровує опитування на виявлення поєднань симптомів, оцінку реєстру розладів, етіології. Виходячи з принципу можливості перевірки та адекватності, уточнюються почуті поняття, конкретизуються переживання.

Відомо, що при проведенні клінічного інтерв'ю слід звести до мінімуму використання термінології. Важливо ставити «відкриті» питання і, звичайно ж, уникати навіювання хворому тих чи інших відчуттів.

Безсумнівно, найважливішим фактором інтерв'ю є «якість» спілкування фахівця і хворого. Відомо, що у пацієнтів поряд з очікуваннями клінічної компетентності лікаря завжди присутні так звані вторинні очікування. До них належить очікування поважного, ввічливого, щирого, душевного, зацікавленого спілкування. Відсутність навичок слухання, створення довірливої атмосфери, неприйняття індивідуальних і культурних відмінностей пацієнта може звести нанівець усі зусилля фахівця в постановці діагнозу.

Фахівцю необхідно пам'ятати, що під час будь-якої взаємодії з пацієнтом, і особливо під час клінічної бесіди, має місце як вербальна, так і невербальна комунікація. У психологічній літературі наводиться чимало інформації про вплив візуального контакту, мови жестів, інтонації, темпу мови на людей. Їх, безсумнівно, потрібно враховувати при побудові власного контакту з хворим і розпізнаванні «мови тіла» хворого для більш точного розуміння його проблем.

Існують різні методологічні підходи до проведення інтерв'ю. Вважається, що за тривалістю перше інтерв'ю не повинно перевищувати 45–50 хвилин (у разі кризового консультування час можна збільшити до півтори години). Надалі клінічна бесіда може бути коротше.

Широко вживаною є така модель (структура) клінічного інтерв'ю:

I етап – встановлення «довірливої дистанції». Основні елементи цього етапу: ситуативна підтримка, надання гарантій конфіденційності; визначення домінуючих мотивів проведення інтерв'ю;

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

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

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

Під час наступних зустрічей корисно дотримуватися зазначеної структури інтерв'ю, проте тривалість кожного з етапів може істотно змінюватися.

Характер і період перебігу захворювання також може вносити корективи в проведення основних етапів інтерв'ю.

До важливих факторів, від яких залежить структура інтерв'ю, можна віднести критичність хворого, рівень психічних розладів (психотичний або не психотичний), інтелектуальний рівень, вік, культуральні особливості, добровільний або недобровільний характер звернення по допомогу, особливості ситуації, в якій опинився хворий.

Проводячи клінічне інтерв'ю, фахівець завжди повинен пам'ятати, що його слова, питання можуть містити елементи впливу на пацієнта, і враховувати це при побудові бесіди.

Метод психологічного аналізу життя і хвороби пацієнта був запропонований Б.В.Зейгарник у 1965 році. Іноді його називають «психологічним анамнезом», який, як і медичний анамнез складається з анамнезу хвороби і життя.

Психологічний анамнез відрізняється від медичного тим, що його завданням є отримання від хворого даних для оцінки особливостей особистості хворого, його ставлення до себе, до хвороби і оцінки того, наскільки хвороба змінила його життєдіяльність.

Психологічний анамнез хвороби складається з вислуховування скарг хворого та розпитування про вплив хвороби на різні сфери його життя і відносини (насамперед, професійну та сімейну сфери).

Психологічний анамнез життя включає в себе розпитування хворого про перенесені у минулому хвороби і реакція на них; професійний шлях і діяльність, задоволеність ними; розвиток сімейних та інтимних стосунків; взаємини з

безпосереднім оточенням поза сім'єю; найбільш важкі події минулого та реакція на них.

Вивчення продуктів діяльності (або праксиметричний метод) – метод дослідження психологічних особливостей людини шляхом вивчення її трудової або творчої діяльності. Метод застосовується при аналізі текстів (зокрема листів, щоденникових записів), малюнків і виробів, створених хворими.

Аналіз продуктів діяльності може бути використаний як частина інших методів психологічного дослідження, наприклад проєктивних методик, які будуть розглянуті далі.

3. Експериментальний метод дослідження

Експериментальний метод ґрунтується на активному вивченні психічного функціонування шляхом маніпулювання умовами, в яких воно відбувається. Дослідник реєструє всі реакції випробовуваного у відповідь на вироблені дії. В результаті можна зробити висновок про причини спостережуваних явищ.

Так, якщо дослідника цікавить зв'язок психічних явищ між собою, то в експерименті можна внести новий елемент у ситуацію і визначити, чи призведе це до зміни в діяльності хворого. Як зазначалося вище, при спостереженні, на відміну від експерименту, дослідник змушений чекати виникнення зміни, яке може і не статися.

Як приклад, наведемо експеримент, описаний Б. В. Зейгарник. Він показав залежність сприйняття від характеру мотивації випробовуваного. Експеримент полягав у пред'явленні сюжетних картинок в умовах різної мотивації, яка створювалася за допомогою різних інструкцій. У першому варіанті пропонувалося описати, що зображено на картинці. У другому варіанті повідомлялося, що метою експерименту є дослідження уяви. У третьому – визначення розумових здібностей. Це дозволило, залишаючи незмінною мету завдання, змінювати мотивацію його виконання. Більшість випробовуваних при першому пред'явленні картинок змістовно інтерпретували зображення, висували гіпотези. Це віддзеркалювало включення властивої процесу сприйняття орієнтовної діяльності та актуалізацію «мотиву експертизи», типового для будь-якого психологічного дослідження. Інші

результати були отримані у другому і третьому варіанті. У досліджуваних підвищився інтерес до завдань і оцінки результатів. Діяльність набула характеру розв'язання завдання: пошук найбільш інформативних елементів і перевірка гіпотез. Змінився і характер гіпотез, які стали більш докладними та емоційними. Зникли формальні відповіді.

Дослідник при проведенні експерименту, на відміну від спостереження, втручається у діяльність пацієнта. Ступінь втручання може різнитися в різних видах експерименту.

Природний (польовий) експеримент найбільше наближений до неекспериментальних дослідних методів тому що при його здійсненні використовуються природні умови. Він полягає в реєстрації впливу різних, часто контрастних умов діяльності при дослідженні психологічних особливостей.

Підбір таких контрастних умов нерідко є складним в організаційному аспекті, проте дозволяє наблизити дослідження до реального життя пацієнтів.

Лабораторний експеримент відрізняється штучністю умов вивчення психічної діяльності, використанням спеціальної апаратури. Найчастіше таким методом вивчають елементарні психічні функції, наприклад, рухові реакції, пороги відчуттів. Значно рідше лабораторний експеримент застосовується для дослідження складних психічних процесів.

Формуючий експеримент дозволяє вивчити психологічні особливості в процесі їх формування. Такого роду експерименти дозволяють спочатку продіагностувати досліджуваний психологічний феномен. Потім відповідно до розробленої програми експерименту проводиться формування нової властивості або процесу з подальшою підсумковою діагностикою. Це дає можливість оцінити, викликає програма зміни психічної діяльності чи ні. Багато з таких експериментів лягли в основу психопрофілактичних і реабілітаційних програм.

Патопсихологічний експеримент – провідний метод, що застосовується в клініці психічних захворювань. Особливості психічної діяльності виявляються за допомогою спеціально створених умов, які психолог може планомірно змінювати протягом експерименту, щоб викликати психічні процеси, що цікавлять, і зареєструвати специфіку їх змін.

Експеримент має ряд обмежень. До таких належать аналітичність дослідження, штучність умов, в яких воно проводиться, і неминучий вплив експериментатора на випробовуваного.

4. Психодіагностичні методи

Психодіагностика (від грецького *psyche* - душа і *diagnostikos* - здатний розпізнавати) - це галузь психологічної науки, що розробляє методи виявлення і вимірювання індивідуально-психологічних особливостей особистості.

Психодіагностичний метод – спосіб дослідження, що дає змогу отримувати *кількісні і якісні характеристики* досліджуваних психічних властивостей особистості з дотриманням основних вимог розроблення і використання діагностичних методик.

Отже, основна відмінність цієї групи психологічних методів полягає в їх можливості кількісної кваліфікації досліджуваних явищ. Крім того, психодіагностичні методи дозволяють охарактеризувати їх якісно. Наприклад, можна оцінити рівні деяких психологічних властивостей і характеристик пацієнтів (агресивності, тривожності та ін.).

До психодіагностичних методів відносять шкали та тестові методики.

Тест відрізняється від методу експерименту неможливістю контролювати змінні. Однак дослідник може керувати умовами проведення тестової методики, створюючи перешкоди, змінюючи обсяг завдання, його складність.

Кількісна і якісна оцінка досліджуваного явища – найважливіша перевага психодіагностичного методу. Тому тести дедалі частіше використовуються клінічними психологами та лікарями не тільки у наукових дослідженнях, а й у практичній діяльності. Однак використання психодіагностичних інструментів вимагає чіткого дотримання певних умов і правил.

Перш за все, необхідна стандартизація інструменту вимірювання. Стандартизація психодіагностичних методик дозволяє зіставити отримані дані в різних досліджуваних і між різними шкалами методики. В рамках психодіагностичного дослідження стандартизація – це однаковість стимульного матеріалу, процедури проведення і критеріїв оцінки виконання тесту.

Важливо і точне дотримання процедури дослідження, зокрема, інструкції, обмеження часу виконання тесту, чітке дотримання правил і послідовності пред'явлення стимульного матеріалу.

Втручання експериментатора до самого процесу виконання завдання може використовуватися при проведенні психологічного дослідження, однак виводить використовувану методика за рамки стандартного психодіагностичного методу.

На сьогодні в Україні набув чинності Наказ Міністерства охорони здоров'я України 13 грудня 2023 року № 2118, в якому наводиться «Перелік валідних методів психологічної діагностики, які можуть використовуватися для проведення психологічної діагностики та оцінки якості психологічної допомоги».

Отже, важливими характеристиками тестових методик є їх валідність та надійність.

Валідність - це комплексна характеристика тесту, що включає відомості про сферу досліджуваних явищ та репрезентативність досліджуваної по відношенню до неї діагностичної процедури. Тобто, валідність відображає здатність тесту вимірювати те, для вимірювання чого він призначений. Перевірка валідності методики називається валідизацією.

Надійність означає відносну сталість, стійкість, узгодженість результатів тесту при первинному і повторному його застосуванні на одних і тих же випробуваних. Можливі деякі розбіжності, але важливо, щоб вони були незначними в межах однієї групи. Тобто, надійність - це характеристика методики, що відображає точність психодіагностичних вимірювань, стійкість результатів тесту до дії сторонніх випадкових факторів й вказує на внутрішню узгодженість тесту та стійкість результатів до ретестування.

Важливим моментом дослідження є *соціокультурна адаптованість тесту* яка полягає у відповідності тестових завдань і тестових оцінок, які досліджуваний отримує за цими завданнями, особливостям культури суспільства, де використовується тест, запозичений з іншої країни.

Адаптація тесту (лат. adaptatio - пристосування) - комплекс заходів, що забезпечують адекватність тесту в нових умовах його застосування. У вітчизняній психодіагностиці особливої актуальності набуває адаптація зарубіжних тестів.

Загальноприйнятим критерієм для систематизації психодіагностичних методів та методик є основний методичний принцип, на якому ґрунтується психодіагностичний прийом. За цим критерієм виділяють три основні психодіагностичні підходи: об'єктивний, суб'єктивний і проєктивний.

Об'єктивний підхід здійснює діагностику шляхом оцінювання успішності виконання завдання або способу його здійснення. Прикладами такого підходу є тести вимірювання інтелекту, тести спеціальних здібностей, тести досягнень.

Суб'єктивний підхід передбачає можливість діагностики на підставі інформації, яку людина повідомляє про себе. Використовується самоопис або самооцінювання особливостей свого настрою, характеру, поведінки в певних ситуаціях шляхом відповіді на конкретні питання опитувальника. Прикладами цього підходу є відомі особистісні опитувальники, такі як ММРІ, Фрайбургський опитувальник, опитувальники Шмішека, Айзенка, Міллона (МСМІ-IV), шкали тривоги і депресії (HADS, Гамільтона, Бека, Зігмонта).

Використання опитувальників часто пов'язане з цілою низкою труднощів.

Відповідаючи на питання, запропоновані в анкетах, пацієнти можуть контролювати відповіді, бути нещирими. Випробовуваний може так чинити через рентні настанови (готовність до специфічної реакції у вигляді отримання матеріальної або моральної вигоди від свого несприятливого становища). З іншого боку, пацієнт може прагнути пред'являти неправдиву, але соціально схвалювану інформацію для того, щоб отримати підтримку, схвалення або створити позитивний образ самого себе.

Труднощі можуть бути пов'язані з недостатнім умінням об'єктивно оцінювати власний стан. У хворого це може бути пов'язано з перевантаженістю емоціями, наприклад, емоціями гніву, страху.

Особистісні особливості, такі як надмірний самоконтроль, схильність до перебільшення своїх психологічних рис або індивідуальних особливостей, також можуть перекручувати результати досліджень з використанням опитувальників.

Іноді пацієнти, навпаки, настільки байдужі до результатів тестування (зокрема, коли лікар / клінічний психолог не пояснив цілі його використання), що бездумно, формально відповідають на питання.

З метою мінімізувати суб'єктивні викривлення вчені проводять велику підготовчу роботу з перевірки надійності, достовірності, валідності тесту, яка дозволяє зробити висновок про його придатність для оцінювання саме тієї психологічної властивості, для якої він призначається.

Питання в опитувальниках повторюється у різноманітних формулюваннях, що дозволяє запитати пацієнта про одне й те ж по-різному. Доцільним є використання спеціальних шкал: брехні (нещирості), достовірності (афективної зайнятості), корекції (рівня контролю), які, напр., є у методиці ММРІ. Однак такі шкали можуть робити опитувальники об'ємними, що негативно позначається на бажанні пацієнтів брати участь у дослідженні.

5. Проективний підхід

Проективний підхід суттєво відрізняється від об'єктивних і суб'єктивних тестів, у яких відповіді обмежуються запропонованим змістом тесту або аналізуються відповідно до передбачуваного універсальним стандартом. При використанні проективного підходу дослідника цікавить індивідуальний зміст відповіді. Це пов'язано з тим, що в основі проективних тестів лежить уявлення про проекцію як найважливіший феномен психіки. Доведено, що люди схильні проектувати свої проблеми, власні риси на інших. Усвідомлення зовнішніх подій відбувається шляхом заломлення через власні внутрішні процеси – емоції, установки, цінності. Тому проективні тести дозволяють виявити приховані емоції, особливості особистості, внутрішні конфлікти через реакцію випробуваного на неоднозначні стимули (наприклад, колір, зображення).

Отже, психологічна діагностика в межах проективного підходу полягає в аналізі особливостей взаємодії людини із зовнішньо нейтральним, знеособленим матеріалом (стимульним матеріалом), який через невизначеність (слабку структурованість) стає об'єктом проекції.

Частіше за все у психології використовують класифікацію проективних методик В.Франка, в межах якої він виділяє конститутивні, конструктивні, інтерпретаційні, катартичні, рефрактивні, експресивні, імпресивні, адитивні проективні тести. Так, конститутивні проективні методики передбачають

структуризацію, оформлення стимулів і надання їм певного значення (напр., тест Роршаха); інтерпретаційні - досліджуваним пропонують прокоментувати будь-яку подію або ситуацію (напр., тематичний аперцептивний тест - ТАТ); адитивні методики визначають техніку аналізу процесу завершення речення, розповіді, історії або ситуації (напр., тест фрустраційної толерантності Розенцвейга, незакінчені речення); всі малюнкові тести на вільну або задану тему відносяться до групи експресивних проєктивних методик.

Особливої значущості проєктивні методики набувають при психодіагностиці психогенних розладів, бо дозволяють обійти «механізми психологічного захисту» людини при визначенні преморбідних особливостей особистості, неусвідомлюваних внутрішньоособистісних та міжособистісних конфліктів.

Будь-яка реакція лікаря або клінічного психолога в процесі використання проєктивних технік може істотно вплинути на результати. Це диктує максимальну нейтральність фахівця при їх проведенні. Деякі науковці, навіть, вважають, що ці методики не є у буквальному сенсі тестами, бо дозволяють оцінити досліджуване явище скоріше якісно, ніж кількісно, і відмічають наявність суб'єктивізму дослідника в інтерпретації даних. Наразі, у «переліку *валідних методів психологічної діагностики*, які можуть використовуватися для проведення психологічної діагностики та оцінки якості психологічної допомоги» проєктивні методики не зустрічаються.

Таким чином, перераховані методи психологічного дослідження мають як переваги, так і недоліки, тому тільки їх поєднання може дати надійні та об'єктивні результати дослідження особистості пацієнта.

Вибір прийомів дослідження, методик залежить від того завдання, яке стоїть перед клінічним психологом.

Мета клінічного діагнозу полягає у виявленні та встановленні причин, закономірностей психічного стану, особливостей поведінки.

Однак тести дозволяють лише прогнозувати майбутню поведінку пацієнта або віднести його до певної групи. Так, за допомогою Госпітальної шкали тривоги і депресії, розробленої А. Зігмонді, можна лише віднести пацієнта до осіб з відсутністю достовірно виражених симптомів тривоги/депресії або до пацієнтів з клінічно або субклінічно вираженим рівнем тривоги/депресії.

Тому комплексне клініко-психологічне дослідження містить низку компонентів: аналіз історії життя і хвороби, бесіду з хворим, спостереження за поведінкою хворого під час проведення дослідження, експеримент, зіставлення отриманих даних.

6. Особливості комплексного клініко-психологічного дослідження

Психологічне дослідження включає такі етапи:

- 1) підготовчий;
- 2) власне експериментальний;
- 3) кількісної обробки даних дослідження;
- 4) інтерпретації отриманих даних.

Виходячи з описаних на початку розділу принципів системно-діяльнісного підходу (детермінізму, єдності свідомості і поведінки, активності), клініко-психологічне дослідження має стати взаємною діяльністю лікаря/психолога і пацієнта. Така робота не може бути жорстко алгоритмізованою. Однак вона підпорядковується головному вектору: виявленню структури змінених і збережених форм психічної діяльності.

Основи побудови патопсихологічного дослідження були розроблені в школі В. М. Бехтерева і детально розглянуті в публікаціях Б. В. Зейгарник. Виділяють такі найважливіші принципи: використання комплексу методик, якісний аналіз розладів психіки, особистісний підхід, співвіднесення результатів дослідження з даними здорових осіб відповідного віку, статі, освіти.

Планування дослідження клінічним психологом включає в себе вивчення історії хвороби, бесіду з лікарем щодо конкретизації мети та завдань дослідження, визначення предмета, вибір експериментально-психологічних методів, концептуального і поняттєвого апарату, адекватного при інтерпретації отриманих у ході дослідження результатів.

Мета дослідження з теоретичних позицій повинна визначатися лікарем, оскільки клінічний психолог у клініці не є незалежним фахівцем і не несе юридичної відповідальності за хворого, надаючи лише допоміжну інформацію.

Однак формулювання мети здійснюється в результаті спільного її обговорення лікарем і клінічним психологом.

При плануванні та проведенні дослідження необхідний облік тяжкості стану хворого, особливостей впливу фармакотерапії, ступінь емоційної навантаженості пацієнта (страху, тривоги, пов'язаних з хворобою).

Вибір методик дослідження обумовлений тими завданнями, які постають перед клінічним психологом під час виконання професійних обов'язків. Діагностична функція диктує використання психологічних методик, здатних оцінити як діяльність окремих психічних функцій, індивідуально-психологічних особливостей, так і диференціювати психологічні феномени та психопатологічні симптоми та синдроми. Психокорекційна функція передбачає застосування різних шкал, на підставі яких можливий аналіз ефективності психокорекційного та психотерапевтичного втручання.

Також на вибір методик експериментально-психологічного дослідження впливають індивідуальні особливості пацієнта, його психічний і соматичний стан (напр., хворим зі слабким слухом бажано підбирати методики, розраховані на зорове сприйняття), час та місце проведення дослідження, вік (дорослий, дитячий, підлітковий варіанти методики); професія, життєвий досвід та рівень освіти (напр., недостатньо грамотному досліджуваному не слід давати завдання за методом утворення складних аналогій).

При проведенні психологічного дослідження фахівець може зіткнутися з низкою феноменів, які необхідно враховувати при плануванні роботи.

Один з них – вмотивованість до участі хворого в експериментально-психологічному дослідженні. Комплаєнс при проведенні тестування визначається ступенем значущості дослідження для хворого, зацікавленістю в отриманні об'єктивної інформації та у співпраці з психологом. Комплаєнс пацієнтів терапевтичного профілю може бути обмежений так званою «соматичною концепцією хвороби». Інша ситуація спостерігається при переважанні «психологічної концепції хвороби». Такі хворі більш мотивовані для проведення психологічного дослідження. Тому пацієнти соматичних клінік потребують постійної додаткової мотивації.

При проведенні психологічного дослідження важливим є чітке пред'явлення інструкції. Якщо хворий не впорався із завданням, слід з'ясувати причину і за можливості відкоригувати її. Такими причинами можуть бути і особистісні особливості, і емоційна реакція на ситуацію, і низький рівень інтелекту, і погано зрозуміла інструкція.

Тривалість безперервного експериментально-психологічного дослідження не повинна перевищувати 2 години, а при підвищеній виснажливості хворих, особливо похилого віку - не більше 30–40 хвилин. Зазвичай комплексне дослідження вимагає 3,5–4 години, тому його доцільно проводити протягом двох, а іноді й трьох-чотирьох днів. У разі виникнення труднощів щодо включення хворого у дослідження і при підвищеній виснажливості загальний час дослідження може бути скорочено за рахунок зменшення кількості методів.

Обробка результатів експериментально-психологічного дослідження за кожною конкретною методикою проводиться відповідно до стандартної процедури (напр., використання «ключа», перевід сирих балів у шкальні оцінки, врахування нормативних показників тощо) й припускає як кількісний, так і якісний аналіз отриманих даних.

Результатом дослідження є психологічна кваліфікація структури психічних розладів. Суттю висновку є виявлення пізнавальних, емоційних, мотиваційних та поведінкових особливостей психічної діяльності хворого. Складаючи висновок, психолог не тільки описує окремі процеси, але й характеризує особистість хворого – його критичність, цілеспрямованість, мотиви, самооцінку, особливості особистості. Встановлюючи взаємозв'язок між отриманими в результаті дослідження даними, а також з клінічними даними, клінічний психолог виявляє психологічні механізми виникнення феноменів, властивостей психіки хворого, які цікавлять його згідно з метою та завданнями дослідження. Опис результатів здійснюється психологом зрозумілою мовою, з використанням загальноприйнятих медичних та психологічних термінів, змістовно, чітко та лаконічно. Висновок психологічного дослідження клінічний психолог робить у межах його компетенції, як правило, у вигляді посилання на певний патопсихологічний реєстр-синдром. У ряді випадків висновки можуть вимагати

додаткового уточнення у наступних експериментально-психологічних дослідженнях.

Практика показує, що саме висновок за результатами експериментально-психологічного дослідження є показником експертності, фаховості, кваліфікованості, професійної зрілості клінічного психолога.

Таким чином, дотримання принципів та основних правил проведення психологічного дослідження дозволяють вирішувати складні диференційно-діагностичні, експертні, психокорекційні завдання, що стоять перед лікарем і клінічним психологом.

7. Питання до самоконтролю:

1. Назвіть та охарактеризуйте основні принципи, які мають суттєве значення при проведенні психологічного дослідження клінічним психологом.
2. Порівняйте основні методи психологічного дослідження з точки зору їх переваг і недоліків.
3. Що є предметом спостереження клінічним психологом під час проведення експериментально-психологічного дослідження?
4. Які є особливості проведення клініко-психологічного інтерв'ю?
5. В чому полягає суть об'єктивного, суб'єктивного та проєктивного підходів у психодіагностиці?
6. Чим визначається вибір методик для експериментально-психологічного дослідження?
7. У чому полягають основні особливості психологічного дослідження?
8. Охарактеризуйте основні етапи психологічного дослідження.
9. Вкажіть на особливості проведення психологічного дослідження соматичних хворих.
10. Які нормативно-правові документи регламентують психодіагностичний напрям роботи клінічного психолога у закладах охорони здоров'я?

8. Практичні завдання:

- 1) Побудьте в ролі «пацієнта» і виконайте дві психодіагностичні методики: «Неіснуюча тварина» та HADS.
- 2) Побудьте в ролі психолога і виконайте з будь-якою людиною методику MMSE (краще – у віці від 75 років).
- 3) До якого психодіагностичного підходу належить кожна з методик? Обґрунтувати відповідь.
- 4) Що Ви дізналися про себе за допомогою цих методик?
- 5) Які переваги та недоліки кожної з використаних методик Ви можете назвати?

Завдання №1.

Тест «Неіснуюча тварина».

Методичне забезпечення: стандартний білий аркуш паперу, олівець середньої твердості (гостро заточений).

Прим.: ручкою, фломастером малювати не можна; папір має бути орієнтований вертикально; олівець повинен бути гостро заточеним.

Інструкція: придумайте і намалюйте неіснуючу тварину і назвіть її неіснуючою назвою. Небажано брати тварину з мультфільмів, тому що вона вже кимось придумана. Вимерлі тварини теж не підходять, оскільки завдання придумати тварину самостійно. Час малювання не обмежений. Починайте роботу.

Використовуючи інформацію додатка 1, проведіть аналіз малюнка, спираючись на його формальний і змістовний аспект.

Методика HADS

Методичне забезпечення: бланк Госпітальної шкали тривоги і депресії HADS (The hospital Anxiety and Depression Scale, Zigmond A. S., Snaith R. P.) - див. Додаток 2.

Інструкція: «Прочитайте уважно кожне твердження і виберіть ту відповідь, яка найбільше відповідає тому, як Ви почували себе на минулому тижні. Відмітьте кружечок, що знаходиться перед відповіддю, яку Ви вибрали. Не думайте надто

довго щодо кожного твердження, оскільки Ваша перша реакція буде завжди найвірнішою».

Після відповіді на питання підсумуйте бали згідно з ключем та порівняйте з нормативними даними.

Напишіть висновок.

Завдання 2.

Короткий тест для оцінки когнітивних функцій (MMSE)

Методичне забезпечення: бланк методики; інструкція по виконанню та інтерпретації результатів, нормативні показники.

Виконати методику згідно з алгоритмом. Підрахувати результати. Написати висновок.

Див. Додаток 3.

9. Тестові завдання

1. До описово-феноменологічних принципів психологічного дослідження відносяться всі, крім:

- A. А. Принцип розуміння,
- B. В. Принцип епохе,
- C. С. Принцип неупередженості й точності опису,
- D. Принцип контекстуальності,
- E. Е. Принцип детермінізму.

2. До неекспериментальних методів дослідження у психології відносять:

- A. Використання шкал
- B. Клінічне інтерв'ю
- C. Тестування
- D. Анкетування
- E. Експеримент

3. Тести інтелекту відносяться до наступного психодіагностичного підходу:

- A. Суб'єктивного;
- B. Об'єктивного;
- C. Проективного;
- D. Адитивного;
- E. Немає правильної відповіді.

4. Відносна стійкість, узгодженість результатів тесту при первинному і повторному його застосуванні на одних і тих же випробуваних відбиває наступну його характеристику:

- A. Валідність;
- B. Надійність;
- C. Стандартизованість;
- D. Об'єктивність;
- E. Дискримінантність.

5. Оцінка психологічних особливостей людини за допомогою системи тестів має назву:

- A. Діагноз
- B. Психодіагностика
- C. Визначення структури особистості
- D. Психологічний експеримент
- E. Клінічне інтерв'ю

6. Планування патопсихологічного дослідження включає в себе все, за винятком:

- A. Формулювання мети
- B. Визначення предмета дослідження
- C. Кластеризації структури психічних розладів
- D. Вибору експериментально-психологічних методів
- E. Інтерпретації отриманих у ході дослідження результатів

7. До найважливіших принципів патопсихологічного дослідження належать:

- A. Використання комплексу методик
- B. Якісний аналіз розладів психіки
- C. Особистісний підхід
- D. Співвіднесення результатів дослідження з даними здорових осіб відповідного віку, статі, освіти
- E. Все перераховане правильно

8. Комплексне клініко-психологічне дослідження включає в себе:

- A. Підготовчий етап
- B. Власне експериментальний етап
- C. Етап кількісної обробки даних дослідження
- D. Інтерпретації отриманих результатів
- E. Все відповіді правильні

9. Тест «Незакінчені речення» відноситься до наступної групи проєктивних методик:

- A. Конститутивні,
- B. Конструктивні,
- C. Інтерпретаційні,
- D. Експресивні,
- E. Адитивні

10. За допомогою якого чи яких методів патопсихологічної діагностики клінічний психолог отримав наступні дані, що описані у заключенні?

«А. дезорієнтований у часі (вказує, що зараз листопад 2022 року), в місці орієнтований частково (називає, що знаходиться в госпіталі, проте місто назвати не може); у власній особі орієнтований. В контакт вступає неохоче. Відповіді повні, адекватні, логічні. У ході обстеження емоційно стабільний, фон настрою різко знижений. Підтримує погляд очі в очі. Мова тиха, повільна; при

збільшенні навантаження переходить на шепіт. Рухи повільні. Був одягнений в кофту навиворіт».

- А. Експерименту;
- В. Аналізу продуктів діяльності;
- С. Спостереження та бесіди;
- Д. Психологічної діагностики когнітивної сфери особистості (класифікація предметів, виключення предметів тощо)
- Е. Проективних методів психологічної діагностики.

10. Рекомендована література:

1. Діагностичні методики : збірник [Текст] /. [уклад.: М.В. Лемак, В.Ю. Петрище]. Вид. 2-ге, виправл. Ужгород : Видавництво Олександри Гаркуші, 2012. 615 с.
2. Михайлов Б. В., Сердюк О. І., Чугунов В. В., Курило В. О., Андрух П. Г., Заседа Ю. І. Експериментально-психологічне дослідження в загальній практиці – сімейній медицині. Навчальний посібник для лікарів-інтернів і лікарів слухачів закладів (факультетів) післядипломної освіти. 5-е вид., перероблене та доповнене / За заг. ред. Б. В. Михайлова. Х. : ХМАПО, 2014. 328 с.
3. Міщенко Т. С. Медична психологія : навчальний посібник у двох частинах. Частина 1. Загальні питання медичної психології / Т. С. Міщенко, М. В. Савіна, Д. В. Штриголь. Харків : ХНУ імені В. Н. Каразіна, 2021. 112 с.
4. Оверчук В. А., Лапшова Н. С. Навчальний посібник «Методики дослідження в патопсихології» для студентів СО «Бакалавр» спеціальності 053 «Психологія». Вінниця: ДонНУ імені Василя Стуса, 2022. 462 с.
5. Османова А.М., Хоруженко Г.В. Клінічна психологія [Текст] : навч. посіб. К.: Університет «Україна», 2023. 183 с.
6. Про організацію надання психосоціальної допомоги населенню : Наказ МОЗ від 13 грудня 2023 № 2118. URL: <https://moz.gov.ua/uk/decrees/nakaz-moz-ukraini-vid-13122023--2118-pro-organizaciju-nadannja-psihosocialnoi-dopomogi-naselennju> (дата звернення: 10.04.2025).

7. Практична психосоматика: діагностичні шкали : навч. посіб. / за заг. ред. О. О. Чабана, О. О. Хаустової. 2-ге видання, виправлене і доповнене . Київ : ВНТУ, 2018. 108 с.
8. Психодіагностика в клінічній психології. : навч. посіб. / Л. М. Співак, А. М. Османова. К.: Університет «Україна», 2023. 146 с.
9. Табачников О.Ю., Абдряхімова Ц.Б., Копчак О.О. Клінічна (медична) психологія. «Книга -плюс». 2020. 264 с.
10. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги: Депресія. 2014. 70 с.
11. Чабан Олег, Гуменюк Марина. Альбом для нейропсихологічного та патопсихологічного обстеження дітей та дорослих. Київ : Видавничий дім «АДЕФ-УКРАЇНА», 2024. 344 с.
12. Tombaugh TN, McIntyre NJ. J Am Geriatr Soc 1992, 40: 922–935.

ДОДАТОК 1

Методика «Неіснуюча тварина» [1].

Виділяють формальний і змістовний аспекти аналізу малюнка.

До формального аспекту належить аналіз просторового розташування малюнка і графічні ознаки.

1. Розташування малюнка на аркуші. У нормі малюнок розташований на середній лінії стандартного аркуша. Розташування малюнка ближче до верхнього краю трактується як висока самооцінка і невдоволення власним становищем у соціумі, недостатнім визнанням з боку оточуючих, тенденція до самоствердження, претензія на визнання.

Розташування малюнка в нижній частині аркуша - обернений показник: невпевненість у собі, низька самооцінка, нерішучість, незацікавленість у своєму соціальному становищі, визнанні, відсутність тенденції до самоствердження.

2. Центральна змістовна частина фігури.

Голова (або деталь, яка її замінює):

- голова повернута вправо - стійка тенденція до дійсності. Майже все, що планується, здійснюється або, у крайньому випадку, починає здійснюватися, якщо навіть не доводиться до кінця. Людина активно переходить до реалізації своїх тенденцій;

- голова повернута вліво - тенденція до рефлексії, роздумів. Не є людиною дії; лише незначна частина задумів реалізується або починається реалізацією. Нерідко - нерішучість, страх, боязнь активних дій (чого саме - необхідно з'ясувати додатково);

- положення в фас, тобто обличчям до малюючого, - трактується як егоцентризм.

На голові розташовані частини, які відповідають органам відчуттів: вуха, рот, очі. Очам приділяється особлива увага. Це символ притаманного людині страху. Це значення особливо підкреслюється різкою промальовкою райдужки. Зверніть увагу на наявність або відсутність вій. Вії - це показник істероїднодемонстративної поведінки для жінок, для чоловіків - жіночих рис характеру. Вії - також

зацікавленість у захопленні оточуючих зовнішньою красою і манерою одягатися, надання цьому особливого значення.

Значення деталі "вуха" пряме - зацікавленість в інформації. Напіввідкритий рот у поєднанні з язиком, за відсутності промальовки губ, трактується як велика мовна активність. У поєднанні з промальовкою губ - чутливість. Іноді і те, і інше одночасно. Відкритий рот без промальовки губ і язика, особливо закреслений, трактується як легкість появи страху і побоювань, недовіри. Рот із зубами - вербальна агресія, у більшості випадків - захисна (захищається, грубіянить у відповідь на осуд). Для дітей та підлітків закреслення роту округлої форми говорить про страх і тривожність.

Збільшення відносно фігури розміру голови свідчить про те, що досліджуваний цінує раціональне починання, а можливо, і ерудицію в собі та оточуючих. На голові часто розташовані додаткові деталі: роги - захист, агресія. Характер цієї агресії також захисний - у відповідь, спонтанний. Пір'я - тенденція до самоприкрашання або самовиправдання, до демонстративності. Грива, шерсть, подібність зачіски - підкреслення своєї статі, а іноді орієнтування на свою сексуальну роль.

3. Опорна частина фігури - ноги, лапи, постамент. Розглядається основа цієї частини фігури відносно розмірів усієї фігури та форми. Основа - поміркованість, раціональність при прийнятті рішення. Опора на суттєву і значиму інформацію, на суттєві положення. І навпаки, поверховість суджень, легковажність, необґрунтованість висновків - особливо за відсутності або майже відсутності ніг. Звернути увагу на характер з'єднання ніг із корпусом: з'єднані точно, старанно, слабко або не з'єднані зовсім. Це характер контролю за своїми роздумами, висновками, рішеннями. Однотипність і однакова спрямованість, а також повторення форм ніг, будь-яких елементів опорної частини - це конформність суджень і установок, їх стаціонарність, банальність. Різноманітність в положенні цих деталей - своєрідність установок і суджень, самостійність, іноді (відповідно незвичності форми) навіть творче починання (в нормі) або вільнодумність, ближче до патології.

4. Частини, які височіють (підносяться) над рівнем фігури (можуть бути функціональними або прикрасою): крила, додаткові щупальця ніг, деталі панцира,

пір'я, бантики, кучері, квіти. Перші - енергія, охоплення різних галузей людської діяльності, упевненість у собі, "саморозповсюдження" з неделікатним, нерозбірливим витісненням оточуючих, або допитливість, співучасть у великій кількості заходів, завойовування собі місця під сонцем, захоплення своєю діяльністю. Сміливість - відповідно значенню символу (щупальця, крила і т.д.). Інші - демонстративність, схильність до звертання на себе уваги, манірність.

5. *Хвіст*. Виражає ставлення до власних дій або вчинків, рішень, висновків, роздумів, своєї вербальної продуктивності - судячи з того, куди повернутий хвіст на аркуші - вправо чи вліво. Позитивне чи негативне емоційне забарвлення цього ставлення виражено спрямованістю хвоста: рух вгору - упевнене, позитивне, бадьоре, а рух вниз - невдоволення собою, пригніченість, жалощі про зроблене, розкаяння і т.д. Особливо зверніть увагу на хвости, які складаються із декількох, іноді повторюваних ланок, особливо розкішні, довгі, розгалужені. Вправо - з приводу своїх дій або поведінки, вліво - з приводу своїх думок, власної нерішучості.

6. *Контур фігури*. Наявність виступів (типу шипів, панцира, голок, промальовки і затемнення ліній контуру) - це захист від оточуючих. Агресивний захист - якщо виконано в гострих кутах; із страхом і тривогою - якщо мають місце затемнення; залякування виражається контурною лінією. З обережністю або підозрою - якщо поставлені щити, лінії подвоєні і т.д. Верхній контур - проти вищестоящих, проти людей, які реально мають можливість накласти заборону, обмеження, примушувати, тобто проти старших (батьків, учителів, керівників). Нижній - проти насмішок, невизнання, відсутності авторитету у тих, що стоять нижче, підлеглих, молодших, страх засудження. Бічні - недиференційована небезпека і готовність до будь-якого захисту і в різних ситуаціях. Те ж саме - елементи захисту, розташовані не по контуру, усередині його, на самому корпусі. Розташування тварини справа - більше в процесі діяльності (реальної), зліва - захист своїх суджень, смаків, переконань.

7. *Загальна енергія оцінюється кількістю зображених деталей*: тільки необхідних або і додаткових, що ускладнюють конструкцію. Багато - вища енергія, мало - економія енергії, організм, хронічні соматичні захворювання. Те ж підтверджується характером ліній - слабким, павутиноподібним. Протилежний

характер ліній (жирні, з натиском) не є полярним: це не енергія, а тривожність. Особлива увага - різко продавленим лініям, які видно зі зворотного боку (судомний, високий тонус руки, що малює) - це різка тривожність. Зверніть увагу, яка деталь чи символ виконаний подібним чином (з чим пов'язана тривожність).

8. Оцінка характеру ліній - дублювання, неакуратність з'єднань, закреслення частин малюнка, "забруднення", відхилення від вертикальної осі, стереотип ліній і т.д. Розцінюється так, як при аналізі піктограм. Також звертають увагу на фрагментність ліній і форм, незакінченість малюнка і обірваність.

9. Тематично - тварини поділяються на загрозливих і нейтральних (подібність лева, бегемота, вовка або птаха, мурашки, білки, кішки, собаки). Це ставлення до свого "Я", уявлення про своє місце в світі, ніби ідентифікація себе за значенням із твариною. Тобто намальована тварина - уособлення самого досліджуваного.

10. Уподібнення тварини людині, починаючи з зображення тварини в положенні прямої ходи (на двох лапах замість чотирьох або більше), кінчаючи наявністю людського одягу, включаючи схожість морди на лице, лап - на руки. Це свідчить про інфантилізм, емоційну незрілість (алегоричне ототожнення тварин і їх характеру людини, як у казках, приказках і інших фольклорних творах).

11. Ступінь агресивності - вираження кількістю, розташуванням і характером гострих кутів на малюнку, незалежно від їх зв'язку з тією чи іншою деталлю зображення. Особливо вагомими в цьому сенсі є прямі символи агресії - кігті, гострі клики, зуби.

12. Сексуальні ознаки - груди, вим'я та інші. Це ставлення до статі, фіксація на проблемах сексу.

13. Фігура круга - особливо нічим не заповнена, символізує тенденцію до приховування, замкненості свого внутрішнього світу, небажання давати відомості про себе оточуючим, небажання підлягати тестуванню.

14. Додавання механічних частин в живу частину тварини - встановлення на постамент, танкові або транспортні гусениці, прикріплення до голови пропелера, вмонтування в очі електроламп, проводу (дроту) в тіло і кінцівки, клавіш, антен і т.д. притаманне хворим на шизофренію, рідко - глибоким шизоїдів.

15. Творчі можливості, виражені зазвичай кількістю сполучених у фігурі елементів. Банальність, відсутність творчості проявляється формою тварини - реальної, існуючої, до якої додаються такі ж реальні деталі. Оригінальність проявляється у формі, побудованій із елементів, а не із цілих заготовок.

16. Назва - може виражати раціональне поєднання змістовних складових (літаючий заєць, бегемот). Інший варіант - книжкове словоутворення, з науковим, іноді латинським суфіксом і аналогічним закінченням. Перше - раціональність, конкретна установка при орієнтуванні і адаптації. Друге - демонстрація розуму, ерудиції. Зустрічаються назви поверхово-звукові, які знаменують легковажне ставлення до оточення. Інфантильні назви зазвичай мають повторювані елементи. Схильність до фантазування (частіше захисного порядку) виражена непомірно довгою назвою.

ДОДАТОК 2

Госпітальна шкала тривоги і депресії HADS

1. Я відчуваю напруженість, мені не по собі

- 3 Увесь час
- 2 Часто
- 1 Час від часу, іноді
- 0 Зовсім не відчуваю

2. Те, що приносило мені велике задоволення, і зараз викликає в мене таке ж відчуття

- 0 Це так
- 1 Напевно, це так
- 2 В дуже малій мірі це так
- 3 Це зовсім не так

3. Я відчуваю страх, здається, що ось-ось щось жахливе може статись

- 3 Це так, та страх дуже сильний
- 2 Да, це так, але страх не дуже сильний
- 1 Іноді, але це мене не турбує
- 0 Зовсім не відчуваю

4. Я здатний розсміятися та углядіти у тій чи іншій події смішне

- 0 Це так
- 1 Напевно, це так
- 2 В дуже малій мірі це так
- 3 Це зовсім не так

5. Метушливі думки крутяться у мене в голові

- 3 Постійно

- 2 Більшу частину часу
- 1 Час від часу і це не так часто
- 0 Тільки іноді

6. Я відчуваю бадьорість

- 3 Зовсім не відчуваю
- 2 Дуже рідко
- 1 Іноді
- 0 Практично весь час

7. Я можу легко сісти та розслабитись

- 0 Це так
- 1 Напевно, це так
- 2 Зрідка це так
- 3 Зовсім не можу

8. Мені здається, що я став робити все дуже повільно

- 3 Практично весь час
- 2 Часто
- 1 Іноді
- 0 Зовсім ні

9. Я відчуваю внутрішню напругу чи тремтіння

- 0 Зовсім не відчуваю
- 1 Іноді
- 2 Часто
- 3 Дуже часто

10. Я не слідкую за своєю зовнішністю

- 3 Це так
- 2 Я не приділяю цьому стільки часу, скільки потрібно

1 Мені здається, я став менше приділяти цьому уваги

0 Я сліdkую за собою так, як і раніше

11. Я відчуваю непосидючість, мені постійно треба рухатись

3 Це так

2 Напевно, це так

1 В деякій мірі це так

0 Зовсім не відчуваю

12. Я вважаю, що мої справи (заняття, хоббі) можуть принести мені відчуття

задоволення

0 Точно так, як і звичайно

1 Так, але не в тій мірі, як раніше

2 Значно менше, ніж звичайно

3 Зовсім так не вважаю

13. У мене буває раптове відчуття паніки

3 Дуже часто

2 Досить часто

1 Не так і часто

0 Зовсім не буває

14. Я можу отримати задоволення від цікавої книги, радіо- чи телепрограми

0 Часто

1 Іноді

2 Зрідка

3 Дуже рідко

«Ключ»

Субшкала Т – «тривога»: непарні пункти 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13.

Субшкала Д – «депресія»: парні пункти 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14.

Обробка результатів

Шкала складається з 14 тверджень, які поділяються на дві шкали: «тривога» (непарні пункти – 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13) і «депресія» (парні пункти – 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14). Кожному твердженню відповідають чотири варіанти відповіді, що відображають градації вираженості ознаки і кодуються за наростанням тяжкості симптому від 0 (відсутність) до 3 (максимальна вираженість).

Обробка результатів полягає в підрахунку сумарного показника за кожною шкалою.

Критеріями оцінки даних за HADS є:

0-7 балів – норма;

8-10 балів – субклінічно виражена тривога/депресія;

11 і вище – клінічно виражена тривога/депресія.

ДОДАТОК 3.

Короткий тест для оцінки когнітивних функцій (MMSE)

Інструкції:

Тест MMSE складається з 22 простих запитань або завдань, що згруповані в 5 когнітивних груп.

Показник	Значення	Бал
А. Орієнтація у часі і просторі		
1. Який зараз рік?	1	
2. Яка зараз пора року?	1	
3. Назвіть сьогоднішню дату	1	
4. Який зараз день тижня?	1	
5. Який зараз місяць?	1	
6. Чи можете Ви сказати мені, де ми знаходимося? (Наприклад, в якому штаті ми знаходимося?)	1	
7. В якій країні ми знаходимося?	1	
8. В якому місті ми знаходимося?	1	
9. Яка назва або адреса місця, де ми знаходимося?	1	
10. На якому поверсі будівлі ми знаходимося?	1	
Б. Реєстрація (фіксація у пам'яті)		
11. Я збираюся назвати Вам три об'єкти. Після того як я їх назву, я хочу, щоб Ви повторили їх. Повторіть їх, тому що я попрошу Вас назвати їх знову через декілька хвилин. АВТОБУС ДВЕРІ ТРОЯНДА Будь ласка, повторіть назви для мене (затрати часу — 1 секунда для кожного предмета). Дайте 1 бал за кожну правильну відповідь при першій спробі пацієнта. Підрахуйте кількість спроб. Запишіть кількість спроб: _____	3	
В. Увага та рахування		
12. Поступово віднімайте від 100 по 7 (93–86–79–72–65). (Підрахунок: Підрахуйте кількість правильних віднімань (0–5 балів)).	1	

Г. Згадування		
«Назвіть три предмети, які я просив Вас запам'ятати».		
13. Автобус: _____	1	
14. Двері: _____	1	
15.Троянда: _____	1	
Д. Мова		
16. (Покажіть наручний годинник) Як це називається?	1	
17. (Покажіть олівець) Як це називається? 1	1	
18. Я попрошу Вас повторити речення, яке я скажу. Речення таке: «Ніяких якщо, і, але». Дозволяється лише одна спроба.	1	
19. Прочитайте слова, написані на цьому аркуші, потім зробіть те, що там написано. (На аркуші написано): «Закрийте очі». Завдання виконано правильно, якщо пацієнт закриє очі.	1	
20. Я дам Вам аркуш паперу. Коли я це зроблю, Ви: – візьмете аркуш паперу правою рукою – складете папір навпіл обома руками і – покладете папір на Ваше коліно. Прочитайте всю інструкцію, потім дайте пацієнту аркуш паперу. Не повторюйте інструкцію і не керуйте пацієнтом (дайте по 1 балу за кожен вірно виконаний крок).	3	
21. Напишіть будь-яке повне речення на аркуші паперу.	1	
22. Ось малюнок. Будь ласка, скопіюйте малюнок на тому ж аркуші паперу. Завдання виконане правильно, якщо дві п'ятисторонні фігури перетинаються, утворюючи чотиристоронню фігуру, і якщо всі кути в п'ятисторонніх фігур збережені.	1	
Загальна кількість балів:	30	

Інтерпретація результатів:

Можлива максимальна кількість балів 30 використовується для забезпечення повної картини дійсних когнітивних функцій окремої особи на основі безпосереднього спостереження за виконанням тестових завдань.

Кількість балів <24 є загальноприйнятим мінімально допустимим значенням, що вказує на наявність когнітивних порушень.

Рівень порушення	24–30 (відсутні) 18–24 (легкі) 0–17 (тяжкі)
Недостатність когнітивних функцій	<17 (без освіти) <20 (початкова освіта) <24 (середня освіта)
Деменція	> 23 (норма) 13–23 (легка деменція) 5–12 (деменція середнього ступеня важкості) < 5 (тяжка деменція)

Приблизний час проведення тесту: 10 хвилин.

Електронне навчальне видання комбінованого використання
Можна використовувати в локальному та мережному режимі

Жданова Ірина Вячеславівна
Штриголь Діана Вячеславівна
Савіна Майя Василівна

МЕТОДОЛОГІЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

Методичні рекомендації
для слухачів циклу спеціалізації за спеціальністю «Клінічна психологія»
для осіб з вищою немедичною освітою,
які працюють в сфері охорони здоров'я

В авторській редакції

Підписано до розміщення 25.06.2025. Гарнітура Times New Roman.
Ум. друк. арк. 2,78. Обсяг. 0,632 Мб. Зам. № 241/25.

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна, 61022,
м. Харків, майдан Свободи, 4.

Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК № 3367 від 13.01.2009
Видавництво ХНУ імені В. Н. Каразіна