

Мирослава КУЛЕША-ЛЮБІНЕЦЬ

**ПРОФЕСІЙНО-РОЗВИВАЛЬНА ПРАКТИКА
У ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЗАКЛАДАХ**
програма та методичні рекомендації для студентів
III курсу напрямку підготовки «Психологія»



ДВНЗ «Прикарпатський національний університет
імені Василя Стефаника»
Кафедра загальної та клінічної психології

Мирослава КУЛЕША-ЛЮБІНЕЦЬ

ПРОФЕСІЙНО-РОЗВИВАЛЬНА ПРАКТИКА
У ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЗАКЛАДАХ
програма та методичні рекомендації для студентів
III курсу напрямку підготовки 053 «Психологія»

Видавець Кушнір Г. М.
Івано-Франківськ
2015

ББК 88.48
УДК 159.98
К 90

Друкується за ухвалою Вченої ради філософського факультету ДВНЗ «Прикарпатський національний університет ім. В.Стефаника»

Рецензенти:

Москалець В. П. – доктор психологічних наук, професор, завідувач кафедри загальної та клінічної психології ДВНЗ «Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника»;

Кравченко В. Ю. – кандидат психологічних наук, доцент кафедри філософії Івано-Франківського національного технічного університету нафти і газу.

Кулеша-Любінець М. М.

Професійно-розвивальна практика у лікувально-профілактичних
К 90 закладах : програма та методичні рекомендації для студентів III курсу напрямку підготовки 053 «Психологія» / М. М. Кулеша-Любінець. – Івано-Франківськ: Видавець Кушнір Г.М., 2015 – 64с.

Методичні рекомендації є практичним керівництвом самостійною роботою студентів III курсу напрямку підготовки 053 «Психологія», які проходять навчальну професійно-розвивальну практику у лікувально-профілактичних закладах. У рекомендаціях поєднано програму практики з вимогами до її організації; описано завдання, права, обов'язки студентів-практикантів та керівників практики; визначено етапи проходження практики та вимоги до написання звіту, щоденника, висновку клініко-психологічного дослідження, ведення протоколів; описана специфіка професійної діяльності клінічного психолога у медичних закладах різного типу.

ВСТУП

Навчальна професійно-розвивальна практика у лікувально-профілактичних закладах (далі – ЛПЗ) є необхідною складовою в системі безперервної практики студентів напрямку підготовки 053 «Психологія» і спрямована на оволодіння технологією організації та проведення клініко-психологічного дослідження хворих у закладах охорони здоров'я.

Програма практики регламентується нормативно-правовими документами: Конституцією України, законами України: «Про освіту», «Про вищу освіту», «Про охорону дитинства», положеннями: «Про державний вищий навчальний заклад освіти», «Про проведення практики студентів вищих навчальних закладів України», «Про організацію навчального процесу у вищих навчальних закладах», «Про практики у ДВНЗ «Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника».

Під час професійно-розвивальної практики у ЛПЗ майбутні психологи протягом двох тижнів проводять клініко-психологічне дослідження хворих, спостереження за їх поведінкою, розробляють інформаційні матеріали з питань охорони здоров'я та психологічного благополуччя населення.

Метою практики є ознайомлення студентів зі змістом професійної діяльності клінічного психолога у закладах охорони здоров'я; поглиблення знань, отримання первинних професійних умінь та навичок проведення спостереження за поведінкою хворого в умовах стаціонару, організації клініко-психологічного (патопсихологічного) дослідження, налагодження взаємодії з родичами хворих та медперсоналом, навичками профілактичної та волонтерської роботи в умовах ЛПЗ.

Завдання професійно-розвивальної практики у ЛПЗ:

1. Ознайомлення студентів із досвідом роботи лікувально-профілактичних закладів різного типу з метою якомога повного уявлення щодо їх організаційної структури та основних функцій.

2. Поглиблення та закріплення теоретичних знань студентів з загальної психології, психодіагностики, клінічної психології,

патопсихології, вікової психології, соціальної психології тощо і встановлення їх зв'язку з практичною діяльністю.

3. Вивчення основних напрямків роботи клінічного психолога у лікувально-профілактичних закладах різного типу.

4. Оволодіння технологією психодіагностичної діяльності клінічного психолога ЛПЗ.

5. Освоєння студентами-практикантами методики проведення спостереження за поведінкою хворого в умовах стаціонару.

6. Набуття практичних навичок проведення клініко-психологічного (патопсихологічного) дослідження, постановки психологічного діагнозу та оформлення клінічного висновку із врахуванням нозологічної форми, психічного стану, віку хворого.

7. Вироблення у студентів вміння налагоджувати стосунки з хворими, їх родичами, медперсоналом.

8. Організація у лікувально-профілактичних закладах просвітницької діяльності з питань охорони психічного здоров'я та психологічного благополуччя осіб.

9. Розвиток відповідального ставлення до обраної професії.

Спеціальним завданням професійно-розвивальної практики у ЛПЗ є оволодіння знаннями про технологію психологічного консультування, розв'язання міжособистісних конфліктів, підвищення психологічного благополуччя хворих у ЛПЗ різного профілю.

У результаті проходження практики студенти повинні знати:

- основи загальної психології, психодіагностики, клінічної психології, патопсихології, вікової психології, соціальної психології, психофізіології;

- нормативно-правову базу, якою керується клінічний психолог; мету, завдання, основні методи та форми роботи клінічного психолога у лікувально-профілактичних закладах різного типу;

- методику проведення клініко-психологічного (патопсихологічного) дослідження хворого та спостереження за його поведінкою;

- тематику просвітницьких занять з питань охорони психічного здоров'я та психологічного благополуччя особи на сучасному етапі.

У результаті проходження практики студенти повинні вміти:

- володіти основним психодіагностичним інструментарієм;
- проводити нестандартизоване спостереження за поведінкою хворих в умовах лікувально-профілактичного закладу;
- складати програму, формулювати основні завдання, проводити та оформляти висновок клініко-психологічного (пато психологічного) дослідження хворого;
- вести протоколи емпіричного клініко-психологічного (пато психологічного) дослідження хворого;
- встановлювати взаємозв'язки між виявленими у ході психодіагностики феноменами та інтерпретувати одержані дані;
- вести просвітницьку діяльність з хворими (їх родичами, медперсоналом) в умовах лікувально-профілактичних закладах різного типу (створення буклетів, брошур, стінгазет, проведення лекторіїв, семінарів-тренінгів та ін.).

Таким чином, метою посібника є розкриття особливостей дослідницької, психопрофілактичної, просвітницької діяльностей майбутніх психологів в період проходження навчальної професійно-розвивальної практики у лікувально-профілактичних закладах.

ОРГАНІЗАЦІЯ ТА КЕРІВНИЦТВО ПРАКТИКОЮ У ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЗАКЛАДАХ

Навчальну професійно-розвивальну практику у ЛПЗ студенти III-го курсу філософського факультету напрямку підготовки 053 «Психологія» проходять у шостому семестрі. Тривалість практики становить два тижні.

Практика проводиться у лікувально-профілактичних закладах міста Івано-Франківська. На підставі договорів про співпрацю між університетом та закладами охорони здоров'я базовими установами професійно-розвивальної практики є: Івано-Франківська обласна психоневрологічна лікарня № 3, Івано-Франківська державна обласна психіатрична клінічна лікарня № 1, Івано-Франківська обласна дитяча клінічна лікарня, Івано-Франківська міська дитяча клінічна лікарня, Обласна клінічна лікарня, Івано-Франківський міський клінічний пологовий будинок, Івано-Франківський обласний перинатальний центр, Івано-Франківський обласний клінічний онкологічний диспансер.

Студенти-практиканти мають право :

- зі всіх питань, що виникають у процесі практики, звертатися до керівників практики;
- на ініціативу у виборі методів та засобів проведення клініко-психологічного (патопсихологічного) дослідження хворого залежно від специфіки лікувально-профілактичного закладу;
- проводити волонтерську діяльність в умовах лікувально-профілактичного закладу;
- вносити пропозиції щодо поліпшення організації професійно-розвивальної практики тощо.

Основні обов'язки студентів-практикантів:

- вчасно прибути на базу практики зі спрямовуючими документами;
- пройти інструктаж з техніки безпеки та охорони праці;
- дотримуватись вимог Статуту лікувально-профілактичного закладу, виконувати правила внутрішнього розпорядку та посадові обов'язки;
- перебувати на базі практики не менше двох годин на день;
- у повному обсязі виконувати всі види робіт, передбачені програмою практики;
- нести відповідальність за виконану роботу;
- дотримуватись положень Етичного кодексу психологів;
- виконувати розпорядження адміністрації бази практики та керівників практики;
- систематично вести щоденник практики, в якому фіксувати власні роздуми про проведену роботу, висновки та рекомендації щодо підвищення рівня професійної самореалізації;
- своєчасно оформити та подати керівнику практики звітну документацію;
- скласти залік з навчальної професійно-розвивальної практики.

Керівництво та контроль за проведенням навчальної професійно-розвивальної практики у ЛПЗ здійснює викладач кафедри загальної та клінічної психології, який несе відповідальність за організацію роботи студентів, надає їм методичну допомогу, перевіряє матеріали практики.

У лікувально-профілактичних закладах студенти проходять практику під керівництвом досвідченого психолога.

Основні обов'язки керівника практики від університету :

- узгодити з базами практики програму навчальної практики;
- ознайомити студентів з метою, завданнями та базами практики;
- провести настановну та підсумкову конференції з питань практики.

За потреби, організувати проведення додаткових навчальних занять з питань організації діяльності студентів-практикантів;

- забезпечити студентів-практикантів направленням на практику;
- ознайомити студентів з вимогами до проходження практики та ведення звітної документації;
- познайомити студентів з професійною діяльністю клінічних психологів лікувально-профілактичних закладів різного типу;
- здійснювати контроль за ходом практики, проводити індивідуальні та групові консультації зі студентами-практикантами;
- визначити вимоги до складання заліку за результатами практики;
- подати у відділ практики університету письмовий звіт про керівництво практикою.

Основні обов'язки керівника від бази практики :

- забезпечити студентам належні умови для проходження практики;
- ознайомити студентів з базою практики;
- ознайомити студентів-практикантів з нормативно-правовими документами, що регламентують діяльність психолога у лікувально-профілактичному закладі;
- організувати проходження студентами інструктажу з техніки безпеки та охорони праці;
- здійснювати практичне навчання студентів відповідно до програми практики;
- вести щоденний облік та давати оцінку роботі студентів-практикантів;
- контролювати дотримання внутрішнього розпорядку, ведення щоденників практики;
- у разі порушення студентами програми практики повідомляти факультетського керівника практики;
- затвердити підписом письмові звіти та щоденники студентів-практикантів;

- скласти характеристику на студента-практиканта з оцінкою його діяльності за чотирибальною шкалою («відмінно», «добре», «задовільно», «незадовільно»), завірити її власним підписом, підписом головного лікаря та печаткою лікувального закладу.

ЗМІСТ ПРОФЕСІЙНО-РОЗВИВАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ У ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЗАКЛАДАХ

Зміст та форми роботи студентів під час професійно-розвивальної практики обумовлюються специфікою лікувально-профілактичного закладу та спеціалізацією підготовки студентів.

Основні види діяльності студентів-практикантів :

1. Ознайомлення з базою практики, нормативно-правовими документами, основними напрямками та змістом діяльності клінічних психологів лікувально-профілактичних закладів різного типу.

2. Діагностична робота: нестандартизоване спостереження за поведінкою хворого; клініко-психологічне (патопсихологічне) дослідження хворого та оформлення висновку.

3. Профілактична робота: створення буклетів, брошур, стінгазет, сценаріїв просвітницьких семінарів-тренінгів для хворих (їх родичів, медперсоналу) з питань охорони психічного здоров'я та психологічного благополуччя осіб, підвищення їх стресостійкості тощо, враховуючи специфіку лікувально-профілактичного закладу.

4. Індивідуальна робота: проведення клініко-психологічного (патопсихологічного) дослідження хворого, бесіди з родичами, медперсоналом.

5. Групова робота: участь у консультуванні хворих спільно з психологом бази практики, проведення спостереження за поведінкою хворих, робота студентів у двійках в процесі клініко-психологічного дослідження хворих.

6. Пропаганда психологічних знань.

Під час проходження професійно-розвивальної практики у лікувально-профілактичних закладах студенти повинні виконати індивідуальні завдання та суворо дотримуватися правил з охорони праці та техніки безпеки.

Індивідуальними завданнями студента-практиканта є:

1. Ведення щоденника практики.
2. Проведення нестандартизованого спостереження за поведінкою хворих в умовах ЛПЗ.
3. Проведення клініко-психологічного (патопсихологічного) дослідження хворого, написання протоколів та оформлення висновку.
4. Розробка буклетів, брошур, стінгазет на просвітницьку тематику для хворих (їх родичів, медперсоналу), сценаріїв психопрофілактичних семінарів-тренінгів (на вибір студентів).
5. Перегляд відеоматеріалів з питань психологічного консультування, діагностики, корекції, терапії.
6. Участь в екскурсіях на лікувально-профілактичні заклади різного типу.
7. Підготовка звіту та матеріалів практики.
8. Мультимедійна презентація результатів практики.

Під час проходження навчальної професійно-розвивальної практики зміст індивідуальних завдань уточнюється керівниками від навчального закладу і бази практики.

У ході практики можна організувати **екскурсії** на лікувально-профілактичні заклади іншого профілю. Зокрема, студенти, які проходять практику у психоневрологічній лікарні, можуть відвідати багатопрофільний лікувальний заклад, дитячу лікарню, пологовий будинок, де професійна діяльність клінічного психолога має свою специфіку. Також можна відвідувати структурні підрозділи кожної з клінік, в яких практична психологічна робота має свої особливості. Метою таких екскурсій є ознайомлення студентів-практикантів з широким спектром форм і методів роботи психолога у ЛПЗ різного типу та зі специфікою різних напрямів його діяльності.

Під час практики для підвищення якості навчання студентів варто організовувати **спільний перегляд кінофільмів клініко-психологічного змісту, відеоматеріалів майстер-класів фахівців з питань психологічного консультування, діагностики, корекції, терапії, профілактики.** Коротка характеристика переглянутого матеріалу, висновки щодо переглянутого фрагменту або фільму вказується у письмовому звіті студента-практиканта.

ОСОБЛИВОСТІ ПРАКТИКИ СТУДЕНТІВ У ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЗАКЛАДАХ РІЗНОГО ТИПУ

Психолог лікувально-профілактичного закладу виконує всі види робіт, передбачених в його посадовій інструкції (Додаток А). Проте функції психолога можуть змінюватися в залежності від типу ЛПЗ. У зв'язку з цим, студенти-практиканти виконують індивідуальні завдання, враховуючи специфіку лікувально-профілактичного-закладу.

У *психоневрологічній клінічній лікарні* студенти-практиканти здійснюють патопсихологічне дослідження хворого, спостереження за його поведінкою в умовах ЛПЗ (Додаток Б); проводять просвітницьку діяльність з питань збереження психічного здоров'я хворих, їх родичів; розробляють заходи з профілактики емоційного вигорання медперсоналу.

В процесі патопсихологічного дослідження студенти-практиканти використовують експериментально-психологічні методики (мінімальна кількість – 10), спрямовані на дослідження сенсомоторної сфери та уваги, пам'яті, мислення, індивідуальних особливостей особистості (Додаток В). Рекомендуємо наступні методики (проби) патопсихологічного дослідження хворих в умовах ЛПЗ : методики діагностики сприймання («Годинник»), «Таблиці Шульте», методика «Віднімання» (Е.Крепелін), «Запам'ятовування десяти слів» (за А.Р.Лурією), «Піктограма» (за А.Р.Лурією), методика «Вилучення», методика «Суттєві ознаки», методика «Прості аналогії», методика діагностики самооцінки Дембо-Рубінштейн, методика «Міні-мульти», «Шкала депресії Гамільтона», тест кольорових виборів Люшера, проєктивна методика «Малюнок людини».

Висновок патопсихологічного дослідження підкріплюється протоколами та оформляється згідно вимог. Протоколи проведення патопсихологічного дослідження хворого можна розміщувати на двох-трьох листах паперу у тій послідовності, в якій застосовувалися методики.

У *багатопрофільній клінічній лікарні* студенти-практиканти здійснюють клініко-психологічне дослідження хворого, спостереження за його поведінкою в умовах ЛПЗ; проводять просвітницьку діяльність з

питань збереження психологічного благополуччя хворих, їх родичів; розробляють заходи з профілактики емоційного вигорання медперсоналу.

В процесі клініко-психологічного дослідження студенти-практиканти використовують методики (мінімальна кількість – 6), спрямовані на дослідження психічного стану, психічних процесів, психосоматичного статусу захворювання, індивідуальних особливостей особистості, дослідження ставлення до хвороби. Залежно від мети та специфіки відділення рекомендуємо наступні методики клініко-психологічного дослідження хворих в умовах багатопрофільного ЛПЗ: Торонтська алекситимічна шкала, Клінічний опитувальник для виявлення й оцінки невротичних станів, Шкала депресії Гамільтона, Шкала пониженого настрою – субдепресії (ШЗНС), методика діагностики типів ставлення до хвороби (А.Е.Лічко, М.Я.Іванов), методика діагностики типу емоційної реакції на вплив стимулів навколишнього середовища В.В.Бойко, тест кольорових виборів Люшера, опитувальники Н.Пезешкіана, Р.Дальке – Т.Детлефсена (для хворих з різними нозологічними формами), «Міні-мульти», Тест Леонгарда-Шмішека, «Таблиці Шульте», Опитувальник Спілберга-Ханіна, «Запам'ятовування десяти слів» (за А.Р.Лурією), методика діагностики самооцінки Дембо-Рубінштейн, опитувальник «Міні-мульти» та ін.

Висновок клініко-психологічного дослідження підкріплюється протоколами та оформляється згідно вимог. Протоколи проведення клініко-психологічного дослідження хворого можна розмішувати на двох-трьох листах паперу у тій послідовності, в якій застосовувалися методики.

У *дитячій клінічній лікарні* студенти-практиканти особливу увагу звертають на проведення спостереження за поведінкою хворих дітей, розробляють рекомендації родичам щодо підвищення рівня психологічного благополуччя їх дітей, за бажанням, приймають участь у волонтерських проектах ЛПЗ (наприклад, проект «Лікар Свято» (Додаток Ж)). Для проведення клініко-психологічного дослідження слід використовувати методики, апробовані до віку дітей. Кількість методик залежить від поставлених завдань дослідження, але повинна становити не менше 5-ти (дослідження сенсомоторної сфери та уваги, пам'яті,

мислення, емоційно-вольової сфери, самооцінки та ін.). Першочерговим при дослідженні підлітків є визначення акцентуації характеру, схильності до депресії, протиправної поведінки тощо (Додаток Г).

В Івано-Франківській міській дитячій клінічній лікарні студенти-практиканти приймають участь у роботі медико-психолого-педагогічної комісії, виконують завдання психолога лікувального закладу, розробляють сценарій та проводять заняття з елементами тренінгу для госпіталізованих дітей і підлітків.

Якщо студенти проходять практику на базі Центру ранньої медико-соціальної реабілітації Івано-Франківської ОДКЛ, то клініко-психологічне дослідження дітей може включати додаткові методи диференціальної діагностики (згідно поставлених завдань).

Перебуваючи на практиці у слухомовному кабінеті Івано-Франківської ОДКЛ, студенти-практиканти набувають навичок роботи з дітьми, яким вжили кохлеарний імплантант; проводять діагностику їх психічного розвитку; приймають участь у групових корекційно-розвивальних заняттях з питань соціалізації дітей; готують просвітницькі матеріали для батьків кохлеарно імплантованих дітей.

У *пологовому будинку, перинатальному центрі* студенти-практиканти здійснюють дослідження психічного стану вагітних; спостерігають за поведінкою вагітних під час консультацій з психологом ЛПЗ; проводять психопрофілактичну діяльність з питань зниження тривоги, формування адекватної самооцінки, материнської ідентичності, збереження психічного здоров'я та психологічного благополуччя вагітних та їх родичів.

В процесі клініко-психологічного дослідження студенти-практиканти використовують методики (мінімальна кількість – 5), спрямовані на дослідження емоційної сфери, психічного стану загалом, індивідуальних особливостей особистості, сформованості материнської ідентичності. Рекомендуємо наступні методики клініко-психологічного дослідження вагітних в умовах ЛПЗ: тест кольорових виборів Люшера, опитувальник Ольшаннікової-Рабінович, «Шкала депресії Гамільтона», опитувальник «Прогноз», методика діагностики самооцінки Дембо-Рубінштейн, проективна методика «Я і моя дитина», Методика PARI, опитувальник «Міні-мульти» та ін.

В *онкологічному диспансері* студенти-практиканти здійснюють дослідження психічного стану важкохворих; спостерігають за їх поведінкою під час перебування в ЛПЗ; проводять психопрофілактичну діяльність з питань формування стресостійкості, адекватної самооцінки та фізичного Я-образу; збереження психічного здоров'я та психологічного благополуччя важкохворих та їх родичів, профілактики емоційного вигорання медперсоналу.

В процесі клініко-психологічного дослідження студенти-практиканти використовують методики (мінімальна кількість – 4), спрямовані на дослідження емоційної сфери, психічного стану загалом, індивідуальних особливостей особистості. Рекомендуємо наступні методики клініко-психологічного дослідження важкохворих в умовах ЛПЗ: методика діагностики типу емоційної реакції на вплив стимулів навколишнього середовища В.В.Бойко, Клінічний опитувальник для виявлення й оцінки невротичних станів, тест кольорових виборів Люшера, опитувальники Н.Пезешкіана, Р.Дальке – Т.Детлефсена (для хворих з різними нозологічними формами), опитувальник Ольшаннікової-Рабінович, «Шкала депресії Гамільтона», методика діагностики самооцінки Дембо-Рубінштейн, Методика «Прогноз», опитувальник «Міні-мульти» та ін.

ЕТАПИ ПРОХОДЖЕННЯ СТУДЕНТАМИ ПРОФЕСІЙНО-РОЗВИВАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ В ЛПЗ

Перед початком практики керівник від університету організовує настановну конференцію для студентів-практикантів, де знайомить усіх з наказом ректора, програмою практики, правами та обов'язками, вимогами до оформлення документів, а також розподіляє студентів за базами практики.

Після настановної конференції керівник практики від університету видає студентам направлення, з яким вони прибувають на місце проходження практики.

У *початковий період* навчальної професійно-орієнтованої практики в ЛПЗ (1-2 дні) студенти знайомляться з базою практики; опрацьовують нормативні документи з питань професійної діяльності психолога лікувального закладу; розробляють план роботи із зазначенням дати та

описом основних видів роботи студента-практиканта; приймають участь в екскурсіях на інші ЛПЗ.

В основний період навчальної професійно-орієнтованої практики в ЛПЗ студенти виконують обов'язки відповідно до програми, ведуть щоденник практики, проводять спостереження за поведінкою хворого та клініко-психологічне (патопсихологічне) дослідження з оформленням висновку, розробляють матеріали для психопрофілактичної та просвітницької роботи з пацієнтами, їх родичами, медперсоналом (буклети, брошури, стінгазети, сценарії семінарів-тренінгів тощо), за бажанням, проводять волонтерську діяльність.

Під час підсумкового періоду навчальної професійно-орієнтованої практики в ЛПЗ студенти оформляють матеріали практики, письмовий звіт та отримують характеристику за виконану роботу.

ВИМОГИ ДО ОФОРМЛЕННЯ МАТЕРІАЛІВ ПРАКТИКИ

Результати навчальної професійно-розвивальної практики у ЛПЗ студенти оформляють у документації, яку здають на кафедру загальної та клінічної психології.

Звітна документація подається у папці з титульною сторінкою визначеного зразка (Додаток Д). На звороті титульної сторінки – опис документів, що вміщені у папці.

Матеріали практики включають:

1. Характеристику на студента-практиканта.
2. Письмовий звіт про виконану роботу.
3. Щоденник практики.
4. Висновок спостереження за поведінкою хворого з бланком фіксації результатів.
5. Висновок клініко-психологічного (патопсихологічного) дослідження хворого з протоколами.
6. Матеріали просвітницької роботи (буклет, брошура, стінгазета, сценарій семінару-тренінгу – на вибір студента).

У **характеристиці на студента** керівник від бази практики вказує обсяг та якість виконання програми практики, рівень підготовленості

студента до виконання обов'язків і вміння реалізувати набуті знання на практиці; наявність у студентів вмінь правильно застосовувати діагностичний інструментарій, організовувати та проводити спостереження та клініко-психологічне дослідження хворих; особисті морально-вольові якості, дисциплінованість, старанність, емпатійність, позитивне мислення студента, професійний рівень розвитку; ставлення до роботи загалом та підсумкову оцінку за практику за національною шкалою («відмінно», «добре», «задовільно», «незадовільно»). Характеристика підписується головним лікарем бази практики, психологом та завіряється печаткою лікувального закладу.

У **письмовому звіті** студенти детально описують всю виконану роботу під час практики, а саме:

- дають загальну характеристику бази практики, вказують профіль, структуру ЛПЗ;
- описують результати спостереження та клініко-психологічного дослідження хворих, використані методики, виконані індивідуальні завдання;
- описують загальні висновки про набуті за період практики знання, вміння, навички, засвоєні методи та форми роботи;
- надають пропозиції щодо покращення організації практики, список використаної літератури.

Складений студентами-практикантами звіт оформляється від руки і має наскрізну нумерацію сторінок. Аркуші звіту повинні бути скріплені.

Звіт перевіряється і завіряється підписом керівниками від бази практики та університету.

У **щоденнику практики** студенти занотовують результати спостережень та клініко-психологічного дослідження за хворими, здійснюють психологічний аналіз дня із зазначенням дати, основних видів діяльності, висновками.

На титульній сторінці щоденника практики вказується прізвище та ініціали студента, термін проходження практики, лікувальний заклад, керівник від університету та бази практики (додаток Д).

Спостереження за поведінкою хворого включає вибір об'єкта спостереження, безпосереднє проведення психологічного нестандартизованого спостереження за поведінкою хворого, фіксація результатів спостереження у бланку, оформлення висновків (Додаток Б).

Під час спостереження особливу увагу варто приділяти особам, які мають чинники розвитку психічних розладів.

Спостереження повинно бути тривалим, щоб побачити поведінку хворого у різних ситуаціях: під час огляду спеціалістами, в ситуації спілкування з родичами, іншими хворими, при підготовці до діагностичних чи лікувальних процедур тощо, – всього не менше п'яти ситуацій. У *бланку спостереження* необхідно вказувати тільки побачені факти (особливості поведінки, інтонації, пози, жести, висловлювання тощо). При цьому, студенти спочатку описують «перше враження» від хворого, а згодом, здійснюють інтерпретацію фактів.

Клініко-психологічне (патопсихологічне) дослідження хворого включає проведення клінічної бесіди (інтерв'ю), експериментально-психологічного дослідження з використанням стандартизованих та апробованих у клініці психологічних методик та оформлення висновку.

Вибір методик проводиться в залежності від практичних завдань (постановки психологічного діагнозу; надання додаткової інформації для лікарів у постановці нозологічного діагнозу; уточнення динаміки стану пацієнта у зв'язку з перебуванням його в стаціонарі та ін.).

У *висновку клініко-психологічного (патопсихологічного) дослідження хворого* вказується паспортні дані (закодоване прізвище, ім'я, по-батькові; вік, відомості про освіту, сімейний стан); психологічний анамнез життя (професійна (навчальна) діяльність, стосунки з родичами, протилежною статтю, співробітниками, друзями, інтимні стосунки; подальші перспективи тощо); психологічний анамнез хвороби (основні скарги, тривалість та можливі причини захворювання, вплив захворювання на стосунки з оточуючими); характеристика ставлення до обстеження та особливості контакту з досліджуваним; результати експериментально-психологічного дослідження (особливості психічних процесів та стану, індивідуальні особливості особистості); наявність патопсихологічного синдрому чи психологічний діагноз загалом. Висновок дослідження повинен підтверджуватись протоколами, малюнками тощо.

Матеріали просвітницької діяльності в умовах ЛПЗ для пацієнтів, їх родичів, медперсоналу (буклети, брошури, стенди, сценарії семінарів-тренінгів – на вибір студентів) повинні відображати актуальні питання охорони психічного здоров'я, психологічного благополуччя,

деонтології, психокорекції, психопрофілактики, психогієни, реабілітації. Кількість матеріалів необмежена, але не менше трьох. Матеріали подаються в електронній та паперовій формі. Приклад буклетів поданий у додатку Ж.

За бажанням, студенти можуть провести просвітницьку лекцію в умовах ЛПЗ, попередньо узгодивши тему з керівником практики від університету та керівником практики у лікувально-профілактичному закладі.

Висновок клініко-психологічного (патопсихологічного) дослідження пацієнтів ЛПЗ, матеріали просвітницької роботи, а також презентація результатів практики подаються також в електронному вигляді.

ФОРМИ ТА МЕТОДИ КОНТРОЛЮ

Під час проходження практики студенти зобов'язані дотримуватися режиму праці лікувально-профілактичного закладу, виконувати завдання програми практики.

Керівники від університету та від бази практики мають право здійснювати контроль поточних записів у щоденнику практики студента, виконання індивідуальних завдань практики.

Керівник від бази практики контролює відвідування студентів, адекватність методів і форм роботи, ставлення до своїх обов'язків, дисциплінованість, якість виконання всієї програми практики, а також здійснює перевірку щоденника та підсумкового звіту студента.

До захисту практики допускаються студенти, які повністю виконали завдання програми та вчасно оформили звітну документацію.

Формою звітності для навчальної професійно-розвивальної практики є **залік**, де результати студенти демонструють у вигляді мультимедійної презентації. Підсумкова оцінка за практику включає бали за виконані завдання та оформлення документів (Табл. 1).

На заключному етапі організації навчальної професійно-розвивальної практики керівник практики від університету проводить підсумкову конференцію, під час якої узагальнюються індивідуальні враження, позитивний досвід студентів та аналізуються труднощі в роботі і перспективи оптимізації практики.

Розподіл балів для оцінювання роботи студента-практиканта

з/п	Вид роботи	Кількість балів (макс.)	Оцінка
1	Ведення щоденника практики	10	
2	Оформлення звіту	20	
3	Оформлення висновку спостереження за поведінкою хворого (бланк)	10	
4	Оформлення висновку клініко-психологічного (пато психологічного) дослідження хворого (протоколи та копії графічних матеріалів)	20	
5	Матеріали просвітницької роботи (буклети, брошури, сценарії семінарів-тренінгів, фото стендів та ін.)	20	
6	Оцінка з бази практики, що вказана у характеристиці на студента	10	
7	Захист практики (мультимедійна презентація)	10	
Сума		100	

СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Бондаренко О. Психологічна допомога особистості / О.Бондаренко. – Харків, 1996.
2. Гоян І.М. Методи діагностики психічного розвитку дітей / І.М.Гоян, А.А.Палій // За ред. А.А.Палія. – Івано-Франківськ: Симфонія форте, 2014. – 652 с.
3. Диференційна діагностика неврозів : метод. рек. / автори-упоряд. В. В. Кардаш., Н. І. Кардаш. – Луцьк, 2000.
4. Клінічна психодіагностика: Практикум / Ред.-упор. проф. М. В. Миколайський. – Івано-Франківськ : Місто НВ, 2006. – 228 с.
5. 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.
6. Кулеша-Любінець М. Психологічні особливості Я-образу студентської молоді з особливими потребами [Електронний ресурс] / М. Кулеша-Любінець // Збірник наукових праць: філософія, соціологія, психологія. – 2014. – Вип. 19(2). – С. 191-200. – Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/znpfsp_2014_19\(2\)__29](http://nbuv.gov.ua/UJRN/znpfsp_2014_19(2)__29)
7. Кулеша-Любінець М.М. Психологічний супровід перебування дитини у лікувально-профілактичному закладі : методичні рекомендації / М. М. Кулеша-Любінець. – Івано-Франківськ: Видавець Кушнір Г.М., 2015. – 72 с.
8. Кулеша-Любінець М.М. Професійно-розвивальна практика у лікувально-профілактичних закладах як інноваційна форма підготовки майбутніх психологів / М.М.Кулеша-Любінець // Тенденції розвитку вищої освіти в Україні: європейський вектор [Текст]: Матеріали міжнародної науково-практичної конференції (м. Ялта, 20-21 березня 2014 р.). – Ялта, РВНЗ КГУ, 2014. – Ч.1. – С. 151-155.
9. Лісова О. С. Психологія суїцидальної поведінки./ О. С. Лісова – Чернівці, 2004. – 233 с.
10. Мазур О. Дитячі страхи : діагностика та корекція / О. Мазур // Психолог. – 2007. – Жовт. (№ 39). – С. 15-18.
11. Миколаєва В. В., Соколова Е. Т. Рекомендації до складання психологічних висновків / / Патопсихологія: Хрестоматія / Упоряд. Н. Л. Білопільська. – М.: Когито-Центр, 2000.
12. Терлецька Л. Г. Основи психодіагностики / Л. Г. Терлецька – К. : Главник, 2006.
13. Щотка О.П. Вікова психологія: Практикум: Навчально-методичний посібник / О. П. Щотка. – Ніжин: Вид-во НДУ ім. М.Гоголя, 2006. – 307 с.

14. Айви А. Психологическое консультирование и психотерапия / А. Айви. – М., 1999.
15. Атлас для экспериментального исследования отклонений в психической деятельности человека / Под. ред. И. А. Полищука, А. Е. Видренко. – К., 1979. – 124 с.
16. Батаршев А. В. Экспериментально-психологическое исследование психических больных / А. В. Батаршев. – М., 2004. – 320 с.
17. Блейхер В. М. Патопсихологическая диагностика / В. М. Блейхер, И. В. Крук. – К., 1986.
18. Бурлачук Л. Ф. Исследование личности в клинической психологии / Л. Ф. Бурлачук. – Киев, 1979.
19. Василюк Ф. Е. Психология переживания / Ф. Е. Василюк. – М., 1984.
20. Венгер А. Л. Психологическое консультирование и диагностика. Практическое руководство / А. Л. Венгер. – В 2 ч. – М. : Генезис, 2001.
21. Выготский Л.С. Собрание сочинений / Л. С. Выготский. – Т. 1-6. – М., 1982-1984.
22. Горностай П. П. Теория и практика психологического консультирования. Проблемный подход / П. П. Горностай, С. В. Васьковская. – К., 1995.
23. Грановская Р. М. Элементы практической психологии. – 5-е изд., исправ. и доп./ Р. М. Грановская – СПб. : Речь, 2003. – 656 с.
24. Джордж Р. Консультирование : Теория и практика: / Р. Джордж, Г. Кристиани; пер. с англ; – 4-е междунар. изд. – М. : Эксмо, 2002. – 448 с.
25. Захаров А. И. Происхождение детских неврозов и психотерапия. – М., 2006.
26. Зверева Н. В. Патопсихология детского и юношеского возраста: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Н. В. Зверева, О. Ю. Козьмина, Е. Г. Каримулина. – М.: Издательский центр «Академия», 2008. – 208 с.
27. Зейгарник Б. В. Патопсихология / Б. В. Зейгарник. – М., 1999.– 208с.
28. Кабанов М. М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике / М. М. Кабанов, А. Е. Личко, А. М. Смирнов. – Л. : «Медицина», 1983. – 312 с.
29. Карвасарский Б.Д. Клиническая психология / Б. Д. Карвасарский – СПб. : Питер, 2004. – 960 с.
30. Карсон Р., Анормальная психология / Р.Карсон, Дж.Батчер, С.Минека. – СПб.: Питер, 2004. – 1167 с.
31. Квасенко А. В. Психология больного / А. В. Квасенко, Ю. Г. Зубарев. – К.: Медицина, 1990. – 184 с.

32. Лакосина Н. Д. Медицинская психология / Н. Д. Лакосина, Г. К. Ушаков. – М., 1984. – 272 с.
33. Леонгард К. Акцентуированные личности / К. Леонгард.–К., 1981.
34. Личко А. Е. Психопатии и акцентуации характеров у детей и подростков / А. Е. Личко. – Л., 1983.
35. Максимова Н. Ю. Основы детской патопсихологии: учеб. пособ. / Н. Ю. Максимова. – К., 1999. – 432 с.
36. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология: Практическое руководство / В. Д. Менделевич. – М., 1998. – 592 с.
37. Мэй Р. Искусство психологического консультирования : Как давать и обретать душевное здоровье / Р. Мэй; пер. с англ. – М. : Апрель Пресс, 2002. – 255 с.
38. Романова Е.С. Графические методы в практической психологии / Е. С. Романова. – СПб.: Речь, 2002. – 416 с.
39. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии / С. Я. Рубинштейн. – М., 1999. – 448 с.
40. Соколова Е. Т. Проективные методы исследования личности / Е. Т. Соколова. – М., 1980.
41. Солошенко Д. В. Экстренная психологическая помощь : Консультирование / Д. В. Солошенко / Практична психологія та соціальна робота. – 2002. – № 9/10. – С. 17-38.
42. Соммерз-Фланаган Дж. и Р. Клиническое интервьюирование. – М., 2006. – 672 с.
43. Урунтаева Г. А. Практикум по детской психологии / Г. А. Урунтаева, Ю. А. Афонькина. – М. : Владос, 1995. – 291 с.
44. Хомская Е. Д. Нейропсихология / Е. Д. Хомская. – М., 1997.–288 с.
45. Червинская К. Р., Медицинская психодиагностика и инженерия знаний / К. Р.Червинская, О. Ю. Щелкова – СПб. ; М., 2002.

**Посадова інструкція медичного (клінічного) психолога
лікувально-профілактичного закладу**

ЗАТВЕРДЖУЮ

(найменування підприємства,
організації, установи)

(керівник підприємства,
організації, установи)

(підпис)

(П.І.Б.)

ПОСАДОВА ІНСТРУКЦІЯ

00.00.0000

№ 00

Структурний Медична установа
підрозділ:

Посада: **Медичний (клінічний)
психолог**

1. Загальні положення

Дана посадова інструкція визначає функціональні обов'язки, права і відповідальність медичного психолога.

Медичний психолог відноситься до категорії фахівців.

Медичний психолог призначається на посаду і звільняється з посади в установленому чинним трудовим законодавством порядку наказом керівника медичної установи.

Посадове підпорядкування:

1.4.1	Пряме підпорядкування	завідувачеві відділенням
1.4.2.	Додаткове підпорядкування	---
1.4.3	Віддає розпорядження	---
1.4.4	Працівника заміщає	особа, призначена у встановленому порядку
1.4.5	Працівник заміщає	---

2. Кваліфікаційні вимоги до медичного психолога:

2.1.	Освіта	вища психологічна
2.2.	Досвід роботи	без пред'явлення вимог до стажу роботи

2.3.	Знання	<p>Конституцію України. Закони України й інші нормативні правові акти з питань охорони здоров'я, надання психіатричної допомоги і гарантії прав громадян. Декларацію прав і свобод людини. Клінічну (медичну) психологію (нейропсихологію, патопсихологію), психологію особистості, загальну і диференціальну психологію, вікову психологію, психотерапію, психогігієну, психодіагностику, психопрофілактику, психологічне консультування. Методи активного навчання, соціально-психологічного тренінгу спілкування. Методи діагностики і корекції нормального й аномального розвитку особистості. Психологію праці. Законодавство про працю й охорону праці. Правила внутрішнього трудового розпорядку. Правила і норми охорони праці, техніки безпеки, виробничої санітарії і протипожежного захисту.</p>
2.4.	Навички	роботи зі спеціальності
2.5.	Додаткові вимоги	---

3. Документи, що регламентують діяльність медичного психолога

3.1 Зовнішні документи:

Законодавчі і нормативні акти стосовно роботи, що виконується.

3.2 Внутрішні документи:

Статут медичної установи, Накази і розпорядження керівника медичної установи (завідувача відділенням); Положення про відділення, Посадова інструкція медичного психолога, Правила внутрішнього трудового розпорядку.

4. Посадові обов'язки медичного психолога

Медичний психолог:

4.1. Проводить роботу, спрямовану на відновлення психічного здоров'я і корекцію відхилень у розвитку особистості хворих.

4.2. Виявляє умови, що перешкоджають чи утрудняють гармонійний розвиток особистості хворого.

4.3. Здійснює роботу з психопрофілактики, психокорекції, психологічного консультування хворих, внаслідок чого надає допомогу хворим і їх родичами в рішенні особистісних, професійних і побутових психологічних проблем.

4.4. Проводить психодіагностичні дослідження і тривалі діагностичні спостереження за хворими, приділяючи особливу увагу особам, що мають фактори ризику психічних розладів.

4.5. Разом з лікуючим лікарем розробляє розвиваючі і психокорекційні програми з урахуванням індивідуальних, статевих і вікових факторів хворих, виконує роботу з профорієнтації хворих з урахуванням їх побажань, здібностей і ситуаційних можливостей.

4.6. Проводить роботу з навчання медичного персоналу питанням медичної, соціальної психології і деонтології.

4.7. Оцінює за станом здоров'я хворого ефективність проведених психологічних, лікувальних та профілактичних заходів.

5. Права медичного психолога

Медичний психолог має право:

5.1. Знайомитися з проектами рішень керівництва підприємства стосовно його діяльності.

5.2. Подавати пропозиції щодо удосконалення роботи, пов'язаної з передбаченими даною інструкцією обов'язками.

5.3. В межах своєї компетенції повідомляти безпосередньому керівнику про всі недоліки в діяльності підприємства (структурного підрозділу, окремих працівників), виявлені у процесі виконання своїх посадових прав і обов'язків і вносити пропозиції по їх усуненню.

5.4. Запитувати особисто або за дорученням безпосереднього керівника від керівників підрозділів і інших спеціалістів інформацію і документи, необхідні для виконання його посадових обов'язків.

5.5. Залучати спеціалістів усіх (окремих) структурних підрозділів до вирішення задач, покладених на нього (якщо це передбачено положеннями про структурні підрозділи, якщо ні - то з дозволу керівника організації).

5.6. Вимагати від керівництва підприємства, свого безпосереднього керівника надання допомоги у виконанні обов'язків, передбачених даною посадовою інструкцією.

6. Відповідальність медичного психолога

Медичний психолог несе відповідальність:

6.1. За неналежне виконання або невиконання своїх посадових обов'язків, передбачених даною посадовою інструкцією, - у межах, визначених чинним трудовим законодавством України.

6.2. За правопорушення, здійснені в процесі виконання своєї діяльності, - в межах, визначених чинним адміністративним, кримінальним і цивільним законодавством України.

6.3. За причинені матеріальні втрати - в межах, визначених чинним трудовим і цивільним законодавством України.

7. Умови роботи медичного психолога

Режим роботи медичного психолога визначається згідно з Правилами внутрішнього трудового розпорядку, встановленими на підприємстві.

8. Умови оплати праці

Умови оплати праці медичного психолога визначаються згідно з Положенням про оплату праці персоналу.

9. Прикінцеві положення

Дана Посадова інструкція складена в двох екземплярах, один із яких зберігається у Підприємства, інший — у працівника.

Задачі, Обов'язки, Права і Відповідальність можуть бути уточнені відповідно до зміни Структури, Задач і Функцій структурного підрозділу і робочого місця.

Зміни і доповнення до даної Посадової інструкції вносяться наказом керівника медичної установи.

Керівник структурного підрозділу

(підпис) (прізвище, ініціали)

УЗГОДЖЕНО:

Начальник юридичного відділу

(підпис) (прізвище, ініціали)

00.00.0000

З інструкцією ознайомлений:

(підпис) (прізвище, ініціали)

00.00.00

Вимоги до оформлення результатів нестандартизованого спостереження за поведінкою хворих[13]

Головна його перевага спостереження полягає в тому, що дозволяє побачити поведінку хворого в усій широті її прояву. Недоліки методу спостереження в тому, що він вимагає багато робочого часу, а результати ще більш, ніж при інших методах психодіагностики, залежать від досвіду дослідника і його спостережливості.

Р. В. Cattell виділив основні правила, яких слід дотримуватись під час психологічного спостереження:

- спостереження повинне бути максимально тривалим, щоб була змога побачити хворого у тих ситуаціях, де можуть розкритись особливості його психічного стану і риси особистості. До цих ситуацій належать: 1) огляд хворого спеціалістами, від висновків яких залежить його доля; 2) підготовка і проведення болючих чи відповідальних процедур; 3) у стаціонарних хворих – побачення з рідними та близькими; 4) обстановка спілкування з іншими хворими, особливо з тими, хто хворіє на таке ж чи подібне захворювання; 5) моменти, коли хворий дізнається чи стає безпосереднім свідком несприятливого прогнозу у інших хворих на аналогічне захворювання;

- спостереження вимагає особливої об'єктивності з боку самого спостерігача;

- спостереження як метод психодіагностики починається з першого контакту з хворим. Як правило, це відбувається під час збирання психологічного анамнезу. Запис результатів спостереження може здійснюватись двома основними способами. Як і при збиранні анамнезу, запис можна здійснювати «вільним текстом», неформалізовано, чи відмічати на спеціально розроблених картах і схемах.

Психологічне спостереження за хворим повинне бути, за можливості, малопомітним і ненав'язливим.

Спостереження вимагає чіткості й точності реєстрування його показників. При тривалому за часом та нестандартизованому за формою спостереженні традиційно дані фіксують у бланку (щоденнику) спостережень (див. табл.). У випадку прихованого включеного спостереження, з яким мають справу психологи, записи у щоденник переважно здійснюються з пам'яті фотографічним способом. У щоденнику спостереження, окрім фактів поведінки, обов'язково знаходить відображення ситуація («фон», «контекст»), у якому спостерігалася певна поведінка.

Зберігаючи повну об'єктивність при фіксації даних, спостерігач може і повинен висловлювати, описувати припущення, ставлення до явищ, які закономірно витікають із фактів.

Мета: оволодіння уміннями проведення нестандартизованого спостереження за поведінкою особи.

Матеріали: бланк (щоденник) фіксації результатів спостереження.

Хід роботи:

Завдання виконується упродовж кількох зустрічей з об'єктом спостереження.

1. На початковому етапі варто скласти загальний «поведінковий портрет» особи на основі попереднього досвіду спілкування з досліджуваним, даних, накопичених в результаті буденних спостережень за його поведінкою («перше враження»).

Вказівки до цього опису:

а) створюється у довільній формі, можливе вживання порівнянь, літературних зворотів тощо,

б) повинне зачіпати якомога більше сторін та якостей поведінки,

в) може торкатися будь-яких особливостей поведінки досліджуваних, починаючи з характерних жестів та міміки, завершуючи найбільш характерними особливостями поведінки (наприклад, способи розв'язання складних завдань та ін.),

г) не повинне містити у собі вказівок на специфічні риси зовнішності, за якими можна легко впізнати людину, за якою проводиться спостереження, а також суджень і оцінки стосовно цієї людини.

2. Упродовж кілька денного інтервалу потрібно вести спостереження за досліджуваним, прагнучи зафіксувати якомога більше інформації для створення «портрету».

Якісний аналіз дозволяє виявити значущість об'єктивних умов спостереження (тривалості, частоти, різних ситуацій). У процесі спостереження ставиться завдання досліджуваним класифікувати ознаки, що виокремлено в описах, визначити, які з них є найбільш важливими, інформативними.

Завдання для студентів-практикантів:

1) заповнення бланку фіксації результатів спостереження (не менше 5 позицій);

2) написання звіту (загальних висновків) про виконання спостереження, де класифікуються типи використаних ознак,

аналізується різниця між першим і другим «психологічними портретами», аналізуються допущені помилки, можливі способи підвищення якості спостережень; слід вказати, чи помітив досліджуваний спостереження. До звіту додається бланк фіксації результатів (щоденник) спостереження.

Орієнтовні ознаки «поведінкового портрету»

Окремі *особливості зовнішності*, що мають значення для характеристики людини, за якою спостерігають (стиль одягу, зачіска, наскільки намагається бути як всі, або виділяється, привертає увагу, байдужий до свого вигляду чи надає йому особливе значення). Які елементи поведінки це підтверджують, в яких ситуаціях?

Пантоміміка(постава, особливості ходи, жестикуляція, загальна скутість, або навпаки, свобода рухів, характерні індивідуальні пози).

Міміка(загальний вираз обличчя, стриманість, виразність міміки, у яких ситуаціях міміка буває особливо жвавою, в яких – скутою).

Мовленнєва поведінка(мовчазність, говірливість, лаконізм, стилістичні особливості, зміст та культура мовлення, інтонаційне багатство, включення до мовлення пауз, темп мовлення).

Поведінка стосовно інших людей– статус у колективі та ставлення до цього, спосіб встановлення контакту, характер спілкування (ділове, особистісне, ситуативне, співробітництво, егоцентризм), стиль спілкування (авторитарне, з орієнтацією на співрозмовника, з орієнтацією на себе), позиція у спілкуванні (активна, пасивна, споглядальна, агресивна, прагнення домінувати); наявність суперечностей у поведінці – демонстрація різних, протилежних за змістом способів поведінки в однотипних ситуаціях (у яких?).

Поведінкові прояви стосовно себе самого(до своєї зовнішності, недоліків, переваг, можливостей, своїх особистих речей).

Поведінка в основній діяльності(навчання, спілкування, праця).

Приклади характерних індивідуальних *мовленнєвих штампів*, а також висловлювань, що характеризують кругозір, інтереси, життєвий досвід.

Бланк фіксації результатів спостереження за поведінкою хворих в умовах ЛПЗ

П.І.П.(можна закодувати) _____ Вік _____ Стать _____

Дата спостереження	Що спостерігалось <i>(явище)</i>	Умови проведення спостереження <i>(контекст)</i>	Що виявлено <i>(факти)</i>

Висновок («перше враження») _____

Загальні висновки _____

Етапи клініко-психологічного дослідження хворого¹

Перший етап – до знайомства з пацієнтом – етап формулювання клінічної задачі.

Сюди включається бесіда з людьми, які оточують пацієнта (родичами, лікарями, друзями) - з приводу особливостей його поведінки та особистості. Обговорюються питання особливостей перебігу основного захворювання, діагностичних або терапевтичних проблем, наявних у лікаря в зв'язку з психологічними особливостями, ознайомлення з історією хвороби (анамнез, перебіг хвороби, результати досліджень, прийом ліків, психічний статус); визначення характеристик систем міжособистісних відносин (соціальні умови його життя), оцінка матеріальних і культурних обставин його життя, ознайомлення із загальним станом фізичного здоров'я: чи немає супутніх соматичних захворювань, не отримує дитина психотропні речовини.

Небажано проведення дослідження після безсонної ночі, фізичної перевтоми, натщесерце або відразу після їжі. Повторні дослідження краще проводити в той же час, що і первинні. На цьому етапі складається попередній план дослідження: вибір методик, їх черговість.

Другий етап – клінічна бесіда з пацієнтом.

Бесіду потрібно починати з розпитування паспортних даних, на підставі чого складається перше судження про стан пам'яті. Потім оцінюється сприймання, увага, характеризується стан свідомості: орієнтування в часі, місці і власної особистості; уточнюється стан пам'яті (короткочасна і довготривала - дати власного життя, історичні події, недавні події), емоційно-вольова сфера. Також з'ясовується ставлення пацієнта до свого захворювання, проблеми, роз'яснюється мета дослідження.

Питання необхідно задавати в невимушеній, природною манері, як у звичайній бесіді. У подальшій бесіді з'ясовуються особливості особистості (до захворювання і на теперішній момент), оцінка змін, що відбуваються, оцінка самопочуття, працездатності, визначається культурно-освітній рівень.

¹ Репина Н.В. Основы клинической психологии / Н.В.Репина, Д.В.Воронцов, И.И.Юматова. – М., 2003.

Третій етап – експериментально-психологічний.

Виконанню кожного завдання повинна передувати інструкція, що повинна визначати ситуацію дослідження і забезпечувати співробітництво психолога і пацієнта. Недбало подана інструкція може привести до неадекватних результатів. Інструкцію необхідно попередньо випробувати до початку експерименту. Якщо пацієнт не справляється із завданням, важливо спільно обговорити причини цього. Також важливо оцінити чи приймається допомога з боку психолога пацієнтом, чи відкидається ним (негативізм, опір тощо). Необхідний повний і точний запис обставин проведеного експерименту, висловлюваних пацієнтом суджень.

Четвертий етап – складання висновку.

Висновок завжди повинен бути відповіддю на питання, поставлене перед психологом. Єдиної форми висновку немає. Але висновок ніколи не є простим повторенням протоколу дослідження. Важливим є: характеристика психічного стану на підставі отриманих даних; особливості комунікації, поведінки, ставлення до дослідження; особливості протікання психічних процесів; психосоматичний статус хворого (залежно від мети дослідження); визначення провідного патопсихологічного синдрому. При написанні висновку допускається наведення характерних яскравих прикладів. Наприкінці робиться резюме, що відображає найбільш важливі дані (наприклад, структуру патопсихологічного реєстр-синдрому). Висновок не повинен бути категоричним.

Структура клінічної бесіди (інтерв'ю) психолога з пацієнтом²

Перший етап – встановлення «довірливої дистанції», надання гарантій конфіденційності, визначення мотивів інтерв'ю, ситуаційна підтримка пацієнта.

Перший етап визначається як «активне інтерв'ю» і є дуже важливим, оскільки перше враження пацієнта може вирішити подальший хід розмови, бажання її продовжити, розкрити інтимні деталі. Спілкування психолога з пацієнтом починається не зі збирання скарг, а з ситуативної підтримки. Психолог для встановлення «довірливої дистанції» і психологічного комфорту може таким чином розпочати розмову: «Ви, напевно, знаєте, що можете відмовитися від розмови зі мною як з психологом? Мені необхідно також повідомити Вас про те, що все сказане Вами залишиться між нами». Після таких фраз пацієнт, як правило, починає відчувати свободу при розкритті інформації про себе, стає більш відкритим для спілкування.

На *другому етапі* відбувається «пасивне інтерв'ю» з пацієнтом, якому надається можливість пред'явити свої скарги в тій послідовності і з тими деталями і поясненнями, які він вважає важливими і потрібними. Психолог при цьому уважно вислуховує, іноді уточнюючи своїми запитаннями прояви захворювання пацієнта, та про причини появи тих чи інших розладів.

Скарги пацієнта важливі не тільки тим, на що скаржиться, але якими словами і в якій манері своєї скарги висловлює, відповідає на запитання. Особливості висловлювання скарг можуть дати важливий матеріал для оцінки типу акцентуації характеру або відношення до хвороби. Наприклад, при істеричній акцентуації спостерігається театральна (демонстративна) манера висловлювання пацієнтом скарг, своїх страждань і переживань, намагання створити враження винятковості, особливості свого захворювання, прагнення привернути до себе увагу.

Суттєвим на даному етапі інтерв'ю є збір психологічного анамнезу – історії хвороби і життя.

²Клінічна психодіагностика: Практикум / Редактор-упорядник проф. М.В.Миколайський. – Івано-Франківськ: Місто НВ, 2006. – 228 с.

Психологічний анамнез хвороби включає скарги хворого, оцінку його ставлення до хвороби, відомості про вплив хвороби на особистість у трудовій (навчальній), сімейній та ін. сферах.

Сфера трудових відносин: слід в'яснити, як дана хвороба вплинула на працездатність пацієнта, на службове становище, заробіток, стосунки зі співробітниками, чи є побоювання за побільшення трудового статусу.

Сфера сімейних стосунків: слід в'яснити, чи вплинула хвороба на стосунки в сім'ї, на інтимне життя (при небажанні розкривати цю сторону життя – не наполягати). У неodrужених дізнаються, як хвороба вплинула на стосунки з особами протилежної статі, з друзями.

Психологічний анамнез життя включає розпитування хворого за наступними темами:

1. Розвиток сімейних стосунків: починають з батьківської сім'ї – в якій сім'ї народився, як жила сім'я; відомості про батьків, родичів, які захворювання були в членів сім'ї; як члени сім'ї ставились один до одного; хто в дитинстві мав найбільший вплив, як склались стосунки з батьками, хто був другом, а з ким були конфліктні стосунки; як встигав у школі; які предмети подобались, які не подобались; чи були періоди життя поза сім'єю (чужа сім'я, інтернат, табір та ін.) і як адаптувався в нових умовах.

Оцінюють також *сімейне становище на даний час*: коли була створена своя сім'я, як склались стосунки в сім'ї, хто є лідером; чи не було проблем у сім'ї, їх причини, і чи не було розлучень, їх обставини та реакція на них. Розпитування про *інтимні стосунки* повинно проводитися дуже тактовно: запитують про задоволення статевим життям, а якщо пацієнт виявляє бажання поділитися своїми проблемами, запитують про особливості сексуальних стосунків і причини незадоволення.

Необхідно в'яснити і стосунки з своїми батьками та з батьками чоловіка (дружини): у зв'язку з чим виникають суперечки, до кого виникла прив'язаність, а з ким спостерігаються відчуженість і конфлікти, їх причини.

2. Професійний шлях і діяльність: у того, хто навчається, в'ясняють, де і як вчиться, успіхи в навчанні і проблеми, як був обраний шлях у навчанні після середньої школи, наскільки задоволений зробленим вибором і які перспективи (плани) на майбутнє; у тих, хто

працює, розпитують: як була обрана і здобута професій, наскільки задоволений професійним статусом, які має плани на майбутнє, чи немає у даний час або чи не було в минулому загрози професійному благополуччю і чи були вони реальними чи надуманими; у пенсіонерів розпитують, як пройшла зміна трудового і життєвого стереотипу, як адаптувався до нових умов життя, що зайняло місце професійної діяльності.

3. Стосунки з оточенням поза сім'єю: із сусідами, співробітниками, знайомими, приятелями, з ким спостерігаються конфлікти, їх причини, чи має підтримку поза сім'єю, чи наявна повна емоційна ізоляція.

4. Перенесені в минулому хвороби: звертають увагу на всі хвороби, особливо важкі, небезпечні для життя; як хворий переносив попередні госпіталізації, відрив від сім'ї, роботи; чи не виникала необхідність через хворобу залишатися на повторний рік у школі або брати академвідпустку; чи не виникала необхідність зміни життєвих планів через хворобу, як переносив це, чи вплинули попередні хвороби на стосунки з оточуючими.

5. Найбільш тяжкі життєві події: для характеристики особистості має значення, які події і в якій послідовності називаються як найтяжчі (втрата близьких, розлучення, конфлікти, зниження соціального статусу та ін.); вивчають, які реалії викликали ці найважчі події.

6. Шкідливі звички: яку роль відіграють у житті вживання алкогольних напоїв, наркотиків, тютюнопаління. Слід вивчити, чи буває ініціатором випивок, чи активно вишукує привід, щоб випити (психічна залежність), яка толерантність до алкоголю, чи є потреба похмелитися (фізична залежність).

На **третьому етапі** клінічної бесіди (інтерв'ю) вивчають уявлення пацієнта про можливі і бажані результати бесіди. Хворого можна запитати: «Від чого з того, що Ви мені розповіли, вам хотілося б позбутися в першу чергу? Чого Ви очікуєте від нашої бесіди? Як Ви думаєте, чим я міг би Вам допомогти?» Ці запитання дають можливість уточнити бажаний результат бесіди і визначитись із способом надання психологічної допомоги.

На цьому етапі психолог оцінює результат інтерв'ю, встановлюючи індивідуально-психологічні особливості хворого, психічний стан, психологію хворого загалом, ставлення до хвороби і

лікування, характер психічних розладів, наявність психотравмуючих ситуацій.

На **четвертому етапі** клінічної бесіди (інтерв'ю) активна роль знову переходить до психолога. На основі виявленої симптоматики, уявлень пацієнта про концепцію своєї хвороби, індивідуально-психологічних особливостей пацієнта, його психічного стану, наявних психічних розладів, його очікувань від лікування психолог обговорює з пацієнтом виявлену проблему і визначає напрямок і спосіб надання психологічної допомоги.

Інформування пацієнта про результати бесіди повинен бути делікатним процесом, тому що передбачає не тільки пред'явлення йому виявлених фактів, але також необхідність врахування можливих реакцій людини на інформацію про себе.

Враховуючи виявлені особливості особистості хворого, психолог може використовувати три підходи при інформуванні: оптимістичний, песимістичний, нейтральний.

У кожному конкретному випадку, проаналізувавши ситуації загалом, психолог може фіксувати увагу пацієнта на різних об'єктах, характеризуючи явні відхилення функціонування психіки або її здорові ознаки.

Орієнтовний перелік методик для проведення експериментально-психологічного дослідження осіб юнацького та зрілого віку³

Вибір психологічних методик залежить від мети дослідження, віку та нозологічної форми пацієнта.

Слід зазначити, що при патопсихологічному дослідженні застосовують експериментальні методики, спрямовані на дослідження сенсомоторної сфери та уваги, пам'яті, мислення, психічного стану, індивідуальних особливостей особистості.

I. Методики діагностики сенсомоторної сфери та уваги:

1. Методика діагностики сприймання («Годинник»)
2. Методика «Таблиці Шульте».
3. Методика «Віднімання» (Е.Крепелін).
4. Методика «Рахунок за Крепеліним».
5. Коректурна проба Бурдона.
6. Теппінг-тест.

II. Методики діагностики пам'яті:

1. Методика «Запам'ятовування десяти слів» (за А.Р.Лурією).
2. Методика «Піктограма» (за А.Р.Лурією).

III. Методики діагностики мислення:

1. Методика «Класифікація».
2. Методика «Вилучення».
3. Методика «Суттєві ознаки».

³ 1) Атлас для экспериментального исследования отклонений в психической деятельности человека / Под. ред. И. А. Полищука, А. Е. Видренко. – К., 1979; 2) Клінічна психодіагностика: Практикум / Ред.-упор. проф. М. В. Миколайський. – Івано-Франківськ: Місто НВ, 2006; 3) Блейхер В. М. Патопсихологическая диагностика / В. М. Блейхер, И. В. Крук. – К., 1986; 4) Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии / С. Я. Рубинштейн. – М., 1999.

4. Методика «Прості аналогії».
5. Методика «Порівняння понять».
6. Методика «Розуміння прислів'їв та метафор».
7. Методика «Розуміння змісту сюжетних малюнків і оповідань».
8. Методика «Встановлення послідовності подій».
9. Тест діагностики рівня інтелекту «Матриці Равена».
10. Асоціативний експеримент.

IV. Методики діагностики індивідуальних властивостей особистості:

1. Методика діагностики самооцінки Дембо-Рубінштейн (модифікація А.Прихожан).
2. Опитувальник «Міні-мульти» (скорочений варіант ММРІ).
3. Тест Леонгарда-Шмішека.
4. Тест-опитувальник Спілбергера-Ханіна.
5. Проективна методика «Дім. Дерево. Людина».
6. Проективна методика «Неіснуюча тварина».

V. Методики діагностики психічних станів:

1. Опитувальник діагностики невротичних станів (К.К.Яхін, Д.М.Менледєвич).
2. Опитувальник «Шкала зниженого настрою – субдепресії (ШЗНС)».
3. Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS).
4. Шкала депресії Гамільтона.
5. Проективний тест кольорових виборів Люшера.
6. Опитувальник Ольшаннікової-Рабінович.

VI. Методика діагностики типів ставлення до хвороби (А.Е.Лічко, М.Я.Іванов).

**Орієнтовний перелік методик для проведення
експериментально-психологічного дослідження дітей та підлітків**

I. Методики психодіагностики дітей⁴:

1. Діагностика сприймання (кольору, обрисів предмету при накладанні один на одного та ін.).
2. Тест «Овочі та фрукти».
3. Тест «Розрізані картинки».
4. Тест Д.Рея «Багатозначні малюнки».
5. Тест «Копіювання групи точок (Тест Керна-Йирасика).
6. Тест «Кодування».
7. Методика «Вивчи слова».
8. Методика «Запам'ятовування десяти слів» (за А.Р.Лурією).
9. Методика «Довготривала пам'ять».
10. Тест кольорових виборів Люшера (модифікація Л.Собчик).
11. Тест інтелекту Р.Кеттела (6-16 рр.)
12. Методика діагностики самооцінки «Сходинки».
13. Дитячий аперцептивний тест (САТ); малюнковий аперцептивний тест (РАТ).
14. Методика Д.Д.Л. (можна використати лише малюнок людини).
15. Діагностика вад особистісного розвитку (ДВОР) (за З.Карпенко) (9-11 рр.)

II. Методики психодіагностики підлітків⁵:

1. Методики патопсихологічної діагностики сенсомоторної сфери та уваги, пам'яті, мислення (залежно від мети дослідження).
2. Методика «Піктограма» (за А.Р.Лурією) (з 10 р.).
3. Теплінг-тест (з 14 р.).
4. Методика «Самооцінка психічних станів» Г.Айзенка (з 12 р.).
5. Тест Леонгарда-Шмішека (діагностика акцентуацій характеру) (з 12 р.).
6. Опитувальник «Міні-мульти» (скорочений варіант ММРІ) (з 15р.).
7. Шкала тривожності Тейлора (з 12 р.).
8. Шкала депресії (Т.Балашова) (з 14 р.).
9. Методика діагностики самооцінки (Дембо-Рубінштейн, модифікація А.Прихожан).
10. Методика дослідження вольової саморегуляції А.Зверькова та Є.Ейдмана (з 14 р.).
11. Тест на дослідження інтелекту «Шкала прогресивних матриць Равена» (з 14р.).
12. Методика виявлення групи ризику (з 14 р.).
13. Тест на виявлення суїцидальних намірів (Н.Шавровська, О.Гончаренко, І.Мельникова) (10-17 рр.)
14. Методика виявлення схильності до неадекватної поведінки (з 14р.).

⁴ Гоян І.М. Методи діагностики психічного розвитку дітей / І.М.Гоян, А.А.Палій // За ред. А.А.Палія. – Івано-Франківськ: Симфонія форте, 2014. – 652 с. – С.145-162, С.200-201; Атлас для експериментального дослідження відхилень в психічній діяльності людини / Под. ред. І. А. Полищука, А. Е. Видренко. – К., 1979; Максимова Н. Ю. Основы детской патопсихологии: учеб. пособ. / Н. Ю. Максимова. – К., 1999. – 432 с.; Терлецька Л. Г. Основы психодіагностики / Л. Г. Терлецька – К. : Главник, 2006.

⁵ Психологу для роботи. Діагностичні методики: збірник [Текст] / уклад. М.В.Лемак, В.Ю.Петрише. – Ужгород, 2012. – 616 с.

ЗРАЗКИ ОФОРМЛЕННЯ МАТЕРІАЛІВ ПРАКТИКИ

Титульна сторінка папки з матеріалами практики

Міністерство освіти і науки України
ДВНЗ «Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника»
Філософський факультет
Кафедра загальної та клінічної психології

МАТЕРІАЛИ ПРОФЕСІЙНО-РОЗВИВАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ У ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЗАКЛАДАХ

студента (ки) III курсу

групи _____ напрямку підготовки 053 «Психологія»

База практики: _____

Термін проходження практики: з _____ до _____

Керівник практики від університету: Кулеша-Любінець М.М., к.психол.н.,
доцент кафедри загальної та клінічної психології

Керівник від бази практики: _____

Головний лікар бази практики: _____

м. Івано-Франківськ – 20__ р.

Титульна сторінка щоденника практики

Міністерство освіти і науки України
ДВНЗ «Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника»
Філософський факультет
Кафедра загальної та клінічної психології

ЩОДЕННИК ПРАКТИКИ

студента (ки) III курсу

групи _____ напрямку підготовки 053 «Психологія»

База практики: _____

Термін проходження практики: з _____ до _____

Керівник практики від університету: Кулеша-Любінець М.М., к.психол.н.,
доцент кафедри загальної та клінічної психології

Керівник від бази практики: _____

м. Івано-Франківськ – 20__ р.

Зразок сторінки щоденника практики

Дата: _____

Зміст роботи (6-9 речень):

Висновки:

Зразок висновку патопсихологічного дослідження (№1)

Дата дослідження: 10.03.2015 р.

Хворий Г.М.А., 30 р., слюсар, одружений, дітей не має, знаходиться на стаціонарному лікуванні у психоневрологічної лікарні з діагнозом «параноїдна шизофренія».

Хворий не приймає власне захворювання і звернувся з бажанням зняти діагноз «шизофренія».

Спрямований на переосвідчення групи інвалідності.

Ставлення до дослідження: адекватне.

Перші прояви хвороби почалися у віці 20 років, після служби у армії. Проявлялися у втраті сну, почали проявлятися голосові галюцинації. Поступив у психоневрологічну лікарню, після лікування наступила ремісія. Наступні прояви і загострення розладу відбулися у віці 25 років після травматичних сімейних обставин (народження дочки з ДЦП). Після чого знову ремісія. І вже у віці 30 років пацієнт знову поступає у психоневрологічну лікарню.

Пацієнт самостійно вступає у контакт, в нього не виникає труднощів при спілкуванні. Він не багатослівний, проте всесторонньо орієнтований. Пацієнт дотримується дистанції, ввічливий (відчиняє двері перед психологом, пропускає наперед, подає стілець).

У процесі обстеження пацієнт поводить себе стримано, проте помітно було його хвилювання. Коли починав виконувати якесь завдання, одразу одягав сонячні окуляри на очі («Це для того, щоб не було помітно, що я хвилююсь і ще їх одягаю, коли мені сумно і коли хочу плакати»). Послідовно виконував завдання, коли щось не міг виконати, просив допомоги психолога. Відповіді на запитання по суті.

Причину поступлення пояснює так: «Я трохи бушував вдома, був неспокійний, та й жінка з батьками запхали мене сюди». Варто

зауважити, що пацієнт любить справедливість («Я хочу, щоб ті лікарі, які приймали роди в моєї жінки і покалічили мою дитину, відповідали за зроблене, я їм то так не пробачу!»); хоче дізнатися про себе більше («Розкажіть мені про мій характер. Хто я за темпераментом? Який Я?»).

При експериментально-психологічному дослідженні виявлено нестійку увагу, пришвидшене переключання.

Порушення мотиваційного компоненту мислення проявляється у вигляді непослідовності, різноплановості з вираженим суб'єктивізмом. Наприклад, серед розкладених перед ним картинок, йому пропонувалися обрати ту, що асоціюється з світлом. В нормі люди обирають лампочку. Пацієнт обрав небо, обґрунтувавши це тим, що воно дає світло. Суб'єктивізм проявляється в тому, що пацієнт часто наголошує, що він має високий інтелект і він без проблем проходить всі методики («Та я ті методики як сємки щолкаю»).

Динаміка мисленневих процесів прискорена. Інтелект збережений в межах вікової норми.

В процесі дослідження виявлена емоційна нестійкість, імпульсивність, інколи виникають труднощі з соціально-психологічною адаптацією.

Хворийне критичний до свого стану (вважає, що повністю здоровий, а батьки і жінка привезли його сюди через те, що він інколи буйний вдома).

Висновок: таким чином, результати обстеження (різноплановість, непослідовність, суб'єктивізм мислення, емоційна нестійкість, низька самокритика) дозволяють припустити наявність у пацієнта шизофренічного патопсихологічного синдрому.

Зразок висновку патопсихологічного дослідження (№2)

Дата дослідження: 08.04.2013 р.

Костянтин, 15 р., учень 10-го класу, первинно поступив в психоневрологічну лікарню для диференціальної діагностики олігофренічного патопсихологічного синдрому і невротичного розладу, а також вирішення питання про інвалідність. Скарг не висловлює.

Попередній діагноз – відсутній.

Виявлено формальне ставлення до обстеження та неприйняття хвороби.

Під час дослідження мовний контакт малопродуктивний, вираз обличчя недоосмислений, на запитання відповідає не по-суті, відповіді примітивні, вимова нечітка, скарг не подає.

При виконанні експериментально-психологічних завдань встановлено, що увага у пацієнта не стійка, обсяг уваги – звужений, концентрація уваги низька, постійно відволікається; у поведінці спостерігається розгальмованість. Пацієнт потребує постійно корекції поведінки. Рівень працездатності знижений.

Запам'ятовування знижене: із 10-ти слів відтворив 2, 4, 3, 5, а за годину – 4 слова.

Виявлено, що мислення у пацієнта – конкретно-образне, непослідовне, сповільнене за темпом, з низькою здатністю до узагальнення та абстрагування. Пацієнту доступні найпростіші узагальнення предметів, не доступне порівняння; він не розуміє прихованого змісту чи переносного значення понять (на прислів'я «Яблуко від яблуні далеко не падає» пацієнт коментує, що коли яблука падають, то відстань невелика між ними, а на прислів'я «Золоті руки» говорить, що на руках багато золотих перснів та ін.). Арифметичні дії

утруднені, в межах 10. Читати не вміє, знає деякі букви. Рівень інтелекту відповідає легкій розумовій відсталості (IQ = 55).

Емоційно-вольова сфера у пацієнта розвинута недостатньо: характеризується емоційною нестійкістю, імпульсивністю, негативізмом, вольова регуляція порушена, розгальмований в поведінці, конформний.

У пацієнта спостерігається порушення мотиваційної сфери, відмічається низький рівень домагань. Інструкції виконує формально, спрямованість на результат відсутня.

Особливості особистості: до свого стану не критичний, самооцінка недиференційована.

Висновок: таким чином, виявлені симптоми (низький рівень інтелекту, конкретно-образне мислення, знижена здатність до узагальнення та абстрагування, розгальмованість) дають підстави припустити наявність у пацієнта олігофренічного патопсихологічного синдрому.

Зразок висновку патопсихологічного дослідження (№3)⁶

Хворий К., 68 років, пенсіонер, направлений на патопсихологічне дослідження вперше для диференціальної діагностики шизофренічного синдрому і судинної патології мозку.

Хворий скаржиться на забудькуватість, втомлюваність, зниження працездатності, просить з'ясувати й усунути причину.

Мовний контакт достатній. Завдання виконує старанно, безперервно перевіряє свої дії, якщо помічає помилку, засмучується і намагається виправити її. Стежить за виразом обличчя дослідника,

⁶Клінічна психодіагностика: Практикум / Редактор-упорядник проф. М.В.Миколайський. – Івано-Франківськ: Місто НВ, 2006. – 228 с. – С.219.

намагаючись орієнтуватися в тому, правильно чи помилково виконує завдання.

Увага нестійка як у завданнях на додавання («Рахунок за Крепелінім»), коректурній пробі, так і в операціях мислення, багато випадкових, легко корегованих помилок. Під кінець дослідження кількість таких помилок зростає. Рівень працездатності знижений.

При виконанні експериментально-психологічних завдань встановлено знижену пам'ять. Новий матеріал розуміє швидко, правильно, але запам'ятовує гірше: з 10-ти слів відтворив 5, 6, 7, 6, 7, а га годину – 4 слова. Асоціації хворого при створенні піктограм змістовні, конкретні, відтворив 11 з 15 слів, решта 4 – неточні.

Мислення хворого абстрактне, судження адекватні, прості, при невеликій допомозі приходять до правильних узагальнень.

Критика збережена. Емоційний стан знижений.

Висновок: таким чином, у хворого шизофренічного патопсихологічний синдрому не виявлено; виявлені симптоми (зниження уваги, пам'яті, виснажливості розумової працездатності) дають підстави припустити наявність екзогенно-органічного патопсихологічного синдрому.

Зразок висновку патопсихологічного дослідження (№4)⁷

І.С., 10 років, учень 4 класу.

Астенічний, під час дослідження швидко втомлюється, відволікається, розсіяний, але старається виконувати завдання. Часто здихає, важко стримує дратівливість, скаржиться, що випадає волосся.

⁷Зверева Н. В. Патопсихология детского и юношеского возраста: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Н. В. Зверева, О. Ю. Козьмина, Е. Г. Каримулина. – М.: Издательский центр «Академия», 2008. – С.154-155

Виконання завдань відбувається з великими труднощами. Найскладніше дається створення розповідей за картинками. Не любить малювати кольоровими олівцями.

При виконанні завдань за методикою «пиктограма» у хлопчика відмічається виснажливість (давались 13 слів/словосполучень). Зміст словосполучення «ядовите питання» пацієнту був незрозумілий. Із 12 слів/словосполучень він пригадав 6. Малюнки в більшості випадків стереотипні.

Дослідження за методикою РАТ виявили у пацієнта збіднену уяву, малий словниковий запас. Створені ним речення у більшості випадків відображали дію. У розповідях проявлялась агресія, із-за недостатньої продуктивності аналіз був утруднений.

Малюнок сім'ї дозволив зробити наступні спостереження. Пацієнт відмовився від кольорових олівців. Першою намалював фігуру матері, потім свою і батька. Порядок зображення відображає ступінь значимості кожного члена сім'ї. материнська фігура на малюнку хворого була зображена без якихось гендерних ознак. Це може свідчити про проблеми статево рольової ідентичності. Коли він малював себе, спочатку зобразив чуб на голові, потім почав його стирати. Можливо, що прояв імпульсивності викликає у нього тривогу.

На малюнку неіснуючої тварини тварина у хлопчика виглядає примітивно, складається з окремих частин інших тварин. Малюнок розміщений зліва внизу листка. Вік тварини, за словами пацієнта, 5 років. Область голови намальованої тварини обведена більш чітко. У розповіді про тварину проявляються страхи, фантазії вбивства, міжособистісні проблеми.

Результати дослідження показали невисокий інтелектуальний рівень розвитку дитини, зниження пам'яті і уваги, її високу

виснажливість при виконанні завдань. Ці дані у поєднанні з даними сімейного анамнезу дозволили зробити наступні висновки: у пацієнта є труднощі в процесі навчання, порушення шкільної адаптації; шкільне навантаження є для хлопчика надмірним і може призвести до емоційних зривів.

Зразок висновку клініко-психологічного дослідження (№5) ⁸

Хворий Б.С.М., 45 років, технік-будівельник, знаходиться на стаціонарному лікуванні в терапевтичному відділенні з діагнозом «виразкова хвороба шлунка».

Вперше лікувався з приводу виразкової хвороби шлунка 2 роки тому.

У даний час звернувся за допомогою зразу після того, як помер від раку шлунка сусід по квартирі.

Направлений на клініко-психологічне обстеження для уточнення діагнозу.

За характером вразливий, боязкий, невпевнений, конформний, нерішучий. За тестом Леонгарда-Шмішека встановлений тривожний тип акцентуації характеру.

Високий рівень ситуаційної та особистісної тривожності встановлений тестом-опитувальником Спілбергера-Ханіна (відповідно 3, 5 і 3 бали).

При експериментально-психологічному дослідженні розладів пам'яті та інтелекту не виявлено. Встановлено, що крім високого рівня тривожності наявні абсесивно-фобічні та вегетативні порушення (за опитувальником оцінки невротичних станів (К.Яхін, Д.Менделевич)).

⁸ Клінічна психодіагностика: Практикум / Редактор-упорядник проф. М.В.Миколайський. – Івано-Франківськ: Місто НВ, 2006. – 228 с. – С.219.

Виявлено також змішаний тривожно-іпохондричний тип ставлення до хвороби, що проявляється безперервним неспокоєм і недовірою щодо перебігу хвороби, страхом перед можливими ускладненнями та неефективністю лікування. Зосереджений на суб'єктивних відчуттях. На основі тривоги, страху, пригніченості хворий перебільшує існуючу і вишукує неіснуючі хвороби.

Висновок: таким чином, у акцентованої особистості тривожного типу в результаті психотравмуючої ситуації виникли невротичні розлади (тривожно-обсесивні), тривожно-іпохондричний тип ставлення до хвороби, що вимагає становлення довіри до лікаря (психолога) і проведення на фоні заспокійливої психофармакотерапії когнітивно-поведінкової (доказової) психотерапії.

Зразки матеріалів просвітницької діяльності психолога лікувально-профілактичного закладу

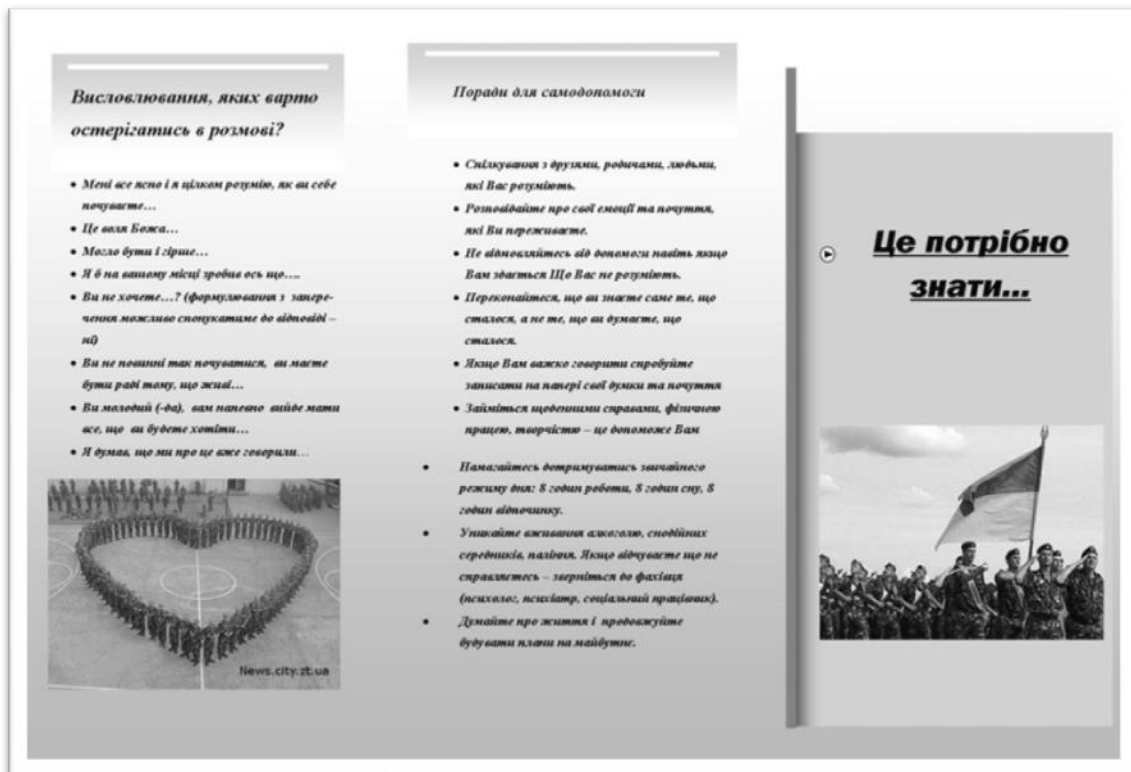


Рис. 1 Інформаційний буклет «Психічна травма»



Рис. 2 Інформаційний буклет «Депресія»



Рис. 3 Інформаційні буклети, побажання для хворих дітей



Рис. 4 Стінгазета «Дитячі істерики»

Проект «Лікар Свято» як ефективний метод психологічного супроводу перебування дітей в лікарні

«Лікар Свято» – це молодіжний волонтерський проект, метою якого є психологічний супровід дітей та їх родичів у стаціонарних відділеннях дитячого лікувально-профілактичного закладу засобами сміху, ігротерапії, арт-терапії.

Проект діє на базі Івано-Франківської обласної дитячої клінічної лікарні з лютого 2015 року завдяки співпраці кафедри загальної та клінічної психології ДВНЗ «Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника», освітньо-благодійного проекту «Янголи поруч» та Регіонального методично-організаційного моніторингового центру з телемедичними консультаціями Івано-Франківської ОДКЛ.



Основними напрямками проекту «Лікар Свято» є:

- ✓ Сміхотерапія дітей, які перебувають на стаціонарному лікуванні.
- ✓ Психологічна підтримка важкохворих дітей.
- ✓ Психологічна просвіта дітей, молоді та їх родичів з питань збереження психічного здоров'я та психологічного благополуччя.
- ✓ Навчання волонтерів психотехнікам ефективної взаємодії та підтримки пацієнтів дитячих лікувальних закладів.

Учасниками волонтерського руху є студенти філософського факультету ДВНЗ «Прикарпатський університет імені Василя Стефаника» спеціальностей «психологія», «філософія» та інші.

На думку психологів, феномен сміху є природнім болезаспокійливими, що сприяє зниженню рівня тривоги, розслабленню м'язів, поліпшенню роботи серцево-судинної та дихальної систем, органів травлення, а також посилює почуття близькості, дружлюбності у міжособистісних стосунках (Н.Казінс, Р. Парс, Н. Сміт, Л. Хілл та ін.).

У педіатрії професійні лікарі-клоуни почали працювати в лікарні в 1986 році за програмою під назвою «Клоуни Цирку Великого Яблука». Розпочаті в Нью-Йорку програми клоунотерапії зараз працюють в багатьох країнах світу (Франція, Канада, Австралія, Німеччина та ін.).

Провідним фахівцем у цьому напрямку є американський клоунотерапевт **Петч Адамс**, який заснував безліч шкіл клоунотерапії по всьому світу (у художньому кінофільмі «Цілитель Адамс» (1998 р.) добрий лікар-веселун програє з дітьми їх страхи, мотивує їх відновлюватися після хвороби, в ігровій формі вчить дбати про своє здоров'я, що призводить до швидшої реабілітації).



Для ефективної роботи лікарняні клоуни проходять спеціальне навчання формуванню навичок індивідуальної та групової взаємодії з хворими дітьми залежно від віку та нозологічної форми.

Волонтери проекту «Лікар Свято» проходять навчання у формі тренінгів, дискусій тощо. Зокрема, кафедра загальної та клінічної психології організовує майстер-класи для волонтерів проекту з питань особливостей психоемоційного стану дітей різного віку, які перебувають на стаціонарному лікуванні; зниження бар'єрів міжособистісного спілкування з хворими дітьми, їх родичами, медичним персоналом; використання іграшки, казки, художніх творів як засобу зниження тривоги та ефективної взаємодії з дітьми та зниження в умовах лікарні (тренер – доц. Кулеша-Любінець М.М.).

У дитячому лікувальному закладі волонтери проходять навчання під керівництвом лікаря-педіатра вищої категорії Манюх О. І. та психолога Дзюбинської М. Я., які знайомлять студентів з особливостями організації волонтерської діяльності у дитячій клінічній лікарні та описують специфіку роботи з дітьми різних нозологічних форм.



Для майбутніх Лікарів Свято слід знати, що перед приходом до хворих волонтер завжди консультиється з медичним персоналом, дізнається імена пацієнтів, характеристики хвороби. Лікарняні клоуни знають, що важливо прислухатися до бажань пацієнта, бути готовим до непередбачених ситуацій. Вони охоче використовують в іграх всілякі лікарняні предмети. Якщо дитина після відходу клоуна побачить замість нудного градусника чарівний предмет, в якому живе ртутний гномик, значить, мета досягнута! Як казав герой фільму «Цілитель Адамс»: «Намагайся побачити те, що не бачать інші. Те, що інші відмовляються бачити через страх. Сприймай весь світ кожен день заново».

Отож, сьогодні волонтерський проект «Лікар Свято» активно розвивається на базі філософського факультету ДВНЗ «Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника» і є відкритим до нових ідей, що допомогли б хоч якось полегшити перебування хворих дітей у стаціонарних відділеннях лікувально-профілактичних закладів.

Науковим консультантом цієї волонтерської ініціативи є доцент кафедри загальної та клінічної психології, кандидат психологічних наук Мирослава Миронівна Кулеша-Любінець.

Вікова специфіка у патопсихології (за Н.В.Зверевою та ін.)⁹

<i>Задачі</i>	<i>Методичні та процедурні особливості діяльності психолога</i>	<i>Можливості реабілітації</i>
РАННІЙ ВІК		
1. Диференціація вікових симптомів реагування на негативний вплив (розлади сну, травлення, плач, порушення режиму від проявів починаючого психічного захворювання чи реакції на стрес). 2. Оцінка відповідності психічного, моторного, емоційного розвитку нормативному	Переважно ретроспективний аналіз і оцінка історії життя пацієнта. Методи спостереження включають: оцінку реакції дитини на нову людину і стимули (іграшки і т.д.). Необхідна короткочасність взаємодії з пацієнтом (до 15 хв.). Чинники ризику: ареаактивність чи гіперреаактивність дитини (наприклад, по відношенню до тактильного контакту)	Можливості реабілітації зв'язані з пластичністю дитячого мозку. Чим раніше почалася реабілітація, тим успішніше буде її результат. Необхідні медична допомога, організований навчальний процес психолого-педагогічного супроводу аномального розвитку
ДОШКІЛЬНИЙ ВІК		
1. Диференціація вікових симптомів реагування на стрес від прояву хвороби (страхи нормальні та патологічні, дидактогенія при поступленні у дитячий дошкільний заклад і психічне захворювання). 2. Оцінка нормативно-аномального психоемоційного розвитку. 3. Оптимізація дитячо-	Ретроспективна і безпосередня оцінка раннього розвитку. Обмеження за часом роботи безпосередньо над завданнями – 15-20 хв. Можна працювати з перервами, поєднуючи метод інтенсивної роботи і відпочинку. Форма роботи повинна співпадати з формами діяльності дитини (гра, малювання, танці, ліплення). Для старших дітей дошкільного віку	Високі можливості адаптації. Використання інтегративних освітніх закладів для виховання та навчання дітей з особливими потребами. Застосування спеціальних психокорекційних технологій індивідуально і в групі стосовно дитини та батьків. Увага повинна

⁹ Зверева Н. В. Патопсихология детского и юношеского возраста: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Н. В. Зверева, О. Ю. Козьмина, Е. Г. Каримулина. – М.: Издательский центр «Академия», 2008. – 208 с.

<p>батьківських відносин. 4. Визначення навчуваності дитини з відхиленнями і профілю подальшого навчання</p>	<p>допускається аналог ситуації уроку («академічна» форма обстеження). Методики – спеціалізовані для віку і загальні патопсихологічні. Оцінка результатів йде у відповідності з віковими нормативами.</p>	<p>приділятися типології кризового періоду, який переживає дитина.</p>
--	---	--

МОЛОДШИЙ ШКІЛЬНИЙ ВІК

<p>1. Розмежування вікових проявів реакцій на стресові ситуації (наприклад, похід в школу) від захворювання. 2. Оцінка відповідності інтелектуального і психічного розвитку нормативному для віку. 3. Оцінка навчуваності і визначення форми навчання. 4. Оптимізація дитячо-батьківських відносин. 5. Турбота про дотримання соціальних прав.</p>	<p>Форма проведення безпосереднього обстеження – поєднання ігрових видів і академічних форм психологічної діагностики. Індивідуальна та групова форми роботи. Тривалість роботи – до 1 години над завданнями, можливе динамічне обстеження у декілька прийомів. Методики патопсихології, які пройшли апробацію на даній віковій групі. Спеціальні методики із загальної та вікової психології: ТАТ (САТ), дитячий варіант Розенцвейга, методика Рене-Жиля (особливості адаптації, соціальна ситуація розвитку), дитячий варіант Кеттела (6-12 років), дитячий варіант Векслера (інтелект), таст Кауфманов и ін.</p>	<p>Спеціалізоване організоване навчання дітей у випадку необхідності покращує адаптацію. Необхідна оптимізація дитячо-батьківських відносин і відносин з ровесниками. Можлива недооцінка / переоцінка ступеня важкості хвороби. Здійснюється корекція особистості пацієнта, в роботі слід використовувати мотивацію змагання. Ефективні індивідуальні, групові, сімейні форми роботи.</p>
--	---	---

ПІДЛІТКОВИЙ ВІК

<p>1. Диференціація проявів пубертатної кризи від симптомів захворювання. 2. Диференціація проявів пубертатної кризи від віково-специфічної патології психічної діяльності</p>	<p>Форма проведення обстеження – академічна і близька до ігрової (змагання), можливе комп'ютерне тестування. Тривалість проведення визначається станом (до 1,5 – 2 годин безперервної роботи). Краще використовувати</p>	<p>На першому плані – співробітництво з особистістю, спроба включити мотиваційні механізми. Адекватний підбір навчального закладу (школи, коледжу) і форми навчання.</p>
--	--	--

<p>(криза протікає патологічно, триваліша, є тригером захворювання).</p> <p>3. Дисморфофобія, нервова анорексія, метафізична інтоксикація вимагає вікової диференціальної діагностики.</p> <p>4. Профілактика суїцидальної поведінки.</p> <p>5. Задача психологічної підтримки хворих і організація профорієнтації</p>	<p>індивідуальну форму, за можливості – елементи групової форми.</p> <p>Групова (фронтальна форма) роботи дає додаткову інформацію.</p> <p>Методики – па то психології, загальної, вікової та соціальної психології: опитувальник Лічко, опитувальники та тести, спеціалізовані для підлітків. Велике значення мають особисті симпатії /антипатії до психолога.</p>	<p>Сучасний пошук «екологічної ніші» і розширення соціальних зв'язків сприяє кращій адаптації.</p>
ЮНАЦЬКИЙ ВІК		
<p>1. Диференціація вікових способів реагування на життєві обставини від початку захворювання (наприклад, відмінність звичайної астенії від проявів депресії і т.д.).</p> <p>2. Профорієнтація і профреалізація.</p> <p>3. Профілактика суїцидальної поведінки.</p> <p>4. Оптимізація міжособистісних відносин.</p>	<p>Тривалість дослідження визначається станом пацієнтом (до 2 годин, зазвичай 1-1,5 години).</p> <p>Методики патопсихології, загальної та вікової психології, оцінка за нормативами і якісно.</p> <p>Процедура обстеження – індивідуально чи в групі, можливо на комп'ютері.</p> <p>Технологія роботи повинна бути адаптована до віку (можливо звернення на Ви).</p>	<p>Опора на саму особистість в ході реабілітації, включення збережених інтересів особистості при реабілітації.</p> <p>Юний вік є хорошим для перспективного прогнозу.</p>

Практичні поради для студентів щодо створення та проведення презентації (за Ф.Рейсом)¹⁰

Для створення якісної презентації потрібні три важливі етапи, а саме: приготування, практика, проведення. Варто детально розглянути кожен із них.

Як готувати презентацію

1. "Який різновид презентації мені доведеться готувати?"

Презентації можуть бути різні. Наприклад, вас можуть попросити провести семінар з порівняно невеликою групою студентів. В останній рік навчання вас можуть попросити провести презентацію своєї дипломної роботи, яка сама є важливим елементом вашого курсу. Презентацію можуть оцінювати викладачі і навіть ваші однокурсники.

2. Надто не хвилюйтеся з цього приводу. Коли ви *вперше* будете готувати презентацію, крива вашого навчання стрімко підійметься вгору. Як це здебільшого буває, вам стане набагато легше виконувати цю роботу, коли ви здобудете більше досвіду.

3. Навіть якщо ви сильно стурбовані, забудьте про хвилювання і починайте готуватися. Як тільки ви почнете готуватися до презентації, половина вашого страху зникне, і ви будете почувати себе набагато краще. У будь-якому разі, що більше ви будете дізнаватися про цю тему, то впевненіше себе почуватимете. І виконувати якусь роботу завжди краще, ніж марнувати час та енергію на сумні роздуми!

4. Дізнайтеся, скільки часу вона триватиме. Зазвичай, на семінарі чи офіційній презентації, які ви будете проводити, буде суворий ліміт часу. Як тільки будете знати, скільки часу вам доведеться говорити, ви зможете виважено планувати те, що будете говорити.

5. Дізнайтеся, чи буде після вашої промови сеанс запитань і відповідей. Коли ви будете відповідати на запитання, що стосуються вашої презентації, то вам слід знати свою тему краще, ніж коли б ви просто мали коротку промову.

6. Якщо це оцінювана презентація, перевірте, скількох балів вона коштує. За неї можуть просто ставити залік. Можливо, що вона не коштує суттєвої кількості балів у вашому курсі. Нехай ваші зусилля будуть пропорційні до потенційних оцінок. Наприклад, не готуйте впродовж багатьох місяців чудову презентацію, щоб згодом провалити вкрай важливий

¹⁰ Рейс Ф. Секрети успішного навчання: практичні поради для студентів / Пер. з англ. О.Гладкого. – Львів: Свічадо, 2006. – 256 с. – С.105-120.

іспит, тому що вам *слід* було провести більшу частину того часу, повторюючи матеріал.

7.Проводьте певні дослідження. Це, звісно, одна з *причин*, завдяки якій презентації є частиною вашого курсу - вони *змушують* вас братися за певні дослідження. Це буде корисна практика здобуття навичок, які ви в будь-якому разі рано чи пізно будете потребувати.

8.Визначте, що вам потрібно знати на цю тему. Часто в цьому вам допоможуть викладачі. Вони можуть запропонувати спеціальні джерела - книги, статті, інтернет-сторінки і так далі.

9.Дізнайтеся, які технічні засоби ви зможете використовувати, коли будете проводити презентацію. Наприклад, ви можете використовувати звичайну чи білу дошку або комп'ютер з інформаційним проектором.

10.Обміркуйте, якими будуть ваші слайди і допоміжні матеріали, якщо ви плануєте використовувати їх. Як тільки ви будете знати, що побачить ваша аудиторія, вам буде набагато легше планувати те, що ви будете *говорити* під час своєї презентації.

11.Створіть сценарій чи конспект. Ви можете скласти список основних тез або заголовків і по черзі детально розповідати про них у своєму виступі, не маючи написаного сценарію.

12.Проведіть кілька репетицій. Перегляньте поради про те, як слід вправлятися у проведенні презентацій, щоб дізнатися про речі, які вам доведеться робити під час презентації, і практикуйте їх, поки не відчуєте впевненості у власних силах. Однак особливу увагу приділіть часу. Якщо це 10-хвилинна промова з 10 хвилинами запитань та відповідей, ви повинні мати на меті дійти до останнього пункту *рівно* за десять хвилин і підготуватися до запитань. Це вимагає певних зусиль, однак прагнути до цього варто – інші можуть не впоратися з цим завданням!

13.Приготування наочного приладдя. Доречність використання звичайного чи високотехнологічного наочного приладдя у вашій презентації залежатиме від кількох факторів: скільки часу вона триватиме, на яку тему ви будете говорити і чи досить зручно в таких умовах використовувати ці речі.

14.Якщо ви користуєтеся дошкою, користуйтеся нею добре. Не розмовляйте з дошкою, поки пишете щось на ній. Пишіть досить високо, бо в іншому разі люди, які сидять позаду, не зможуть побачити того, що ви пишете. Написавши текст на дошці, переконайтеся, що ви не заступаєте його своїй аудиторії. Не витирайте нічого, поки у людей не з'явиться нагода побачити написане! Пишіть досить великими літерами, так щоб люди, які сидять позаду, могли легко прочитати текст. І не забудьте взяти із собою крейду та ганчірку, особливо в день презентації.

15 Якщо ви користуєтеся білою дошкою, то треба дотримуватися більшості згаданих принципів. Однак ще важливіше використовувати правильний тип фломастерів. Найкращі ті, які можна витирати "насухо". Водорозчинні фломастери використовувати ризикованіше, але вони також підійдуть за умови, що у вас буде щось вологе, щоб витерти дошку.

16. Якщо ви будете демонструвати слайд-шоу Power Point, пам'ятайте, що вам потрібне належне устаткування. В найкращому випадку, ви просто вставите компакт-диск в комп'ютер, і ваше шоу з'явиться на моніторі за секунди. Але якщо на місці не має комп'ютера або проектора, то варто надрукувати допоміжні матеріали (по три чи шість слайдів на сторінку), щоб ви, принаймні, могли використати ці матеріали, якщо вам не вдасться того дня продемонструвати своє шоу на моніторі.

Як вправлятися у проведенні презентації

1. Звикніть до звучання свого голосу. Корисно вправлятися в порожній аудиторії – на кшталт тієї, у якій ви будете проводити презентацію.

2.Уважно сплануйте свій вступ. Саме він справить перше враження на аудиторію. Тут ви поясните, про що йтиметься у вашій презентації, і, можливо, як ви збираєтеся розпочати її. У вступі ви маєте розповісти слухачам про себе, а також сказати кілька слів про те, на яку тему ви будете говорити – і, можливо, чому їх може зацікавити те, про що буде йти мова. Варто так вивчити вступ, щоб ви могли говорити його машинально, позбувшись зайвих хвилювань на початку презентації.

3.Приготуйте додаткові "козири". Прийшовши на презентацію, ви, не зорієнтувавшись, можете говорити набагато швидше, ніж ви це зазвичай робите. Тому, коли у вас не буде чим заповнити відведені хвилини, корисно мати один чи два додаткові пункти, до яких можна звернутися – наприклад, докладніше поговорити про те, що ви згадували раніше.

4.Також приготуйте "шляхи для відступу". З тієї чи іншої причини ви можете вичерпати ліміт часу, поки триває презентація. Наприклад, ви можете почати пізніше, тому що хтось перед вами перебрав час. Вас могли перервати або поставити вам запитання, до якого ви не були готові. Не варто поспіхом розповідати все, про що ви мали намір сказати, коли у вас немає для цього часу. Тому ви повинні мати кілька речей, які можна пропустити (так, щоб ніхто цього не помітив), коли час невблаганно закінчується. Але в жодному разі не жертвуйте ретельно спланованою *кінцівкою*.

5.Практикуйте кінцівку. Попри все, про що йшлося в презентації, важливо, щоб вона мала добре й ґрунтовне закінчення. Не просто зупиняйтеся! Не дайте своїй презентації вичерпатися. Закінчіть її ефектно! Доведіть, що ви дійшли до певних висновків. Вчіться дивитися на свою

аудиторію (якої, звісно, поки що немає) і не забудьте сказати "дякую вам" насамкінець. Або: "Дякую. Чи маєте ви до мене запитання?" І так далі.

6. Ідіть на публіку. Якщо ви маєте друзів, які також готуються до презентації, з'ясуйте, чи ви можете тренуватися разом. Це може бути набагато веселіше, ніж просто розмовляти зі собою, і ви, мабуть, багато навчитеся, спостерігаючи, як поведуться вони. Ви помітите речі, про які подумаете: "Так, це просто чудово. Я спробую зробити це у своїй презентації". В іншому місці ви можете подумати: "О ні, я в жодному разі *не* повинен робити цього у своїй презентації".

7. Продовжуйте спостерігати, як інші люди роблять це. Стежте за своїми викладачами з новим інтересом. Помічайте, що вони роблять, щоб привертати увагу аудиторії. Помічайте, що саме набридає їхнім слухачам. Занотуйте під час лекцій ті речі, які ви збираєтеся використати (і які уникати!) у *своїй* презентації.

8. Вправляйтеся у відповідях на запитання. Саме тут друзі можуть *особливо* стати вам у пригоді. Попросіть їх ставити вам запитання після ваших спроб. Також ставте запитання їм. Поступово ви будете почуватися набагато комфортніше, відповідаючи на запитання. Такі практичні вправи корисні не тільки для проведення презентацій – це також підготовка до співбесіди чи навіть усних іспитів.

9. Також приготуйте свої запитання. Ви можете записати їх на картках, а після цього "тягти жереб" і відповідати на запитання в довільному порядку. Дізнайтеся, на які запитання вам легше відповідати. Виявіть, на які вам відповідати важко, і, якщо можливо, детальніше дослідіть цю тему, щоб мати змогу давати кращі відповіді на них.

Проведення презентації

1. Прийдіть раніше. Звісно, що ви вже будете на місці, якщо проводите презентацію після когось. Якщо це не так або якщо ви перші в черзі, не завдавайте собі зайвих турбот і прийдіть вчасно, щоб мати змогу зосередитися.

2. Перевірте все обладнання, яким ви користуєтесь.

3. Залишайтеся спокійним, поки слухачі сідають на свої місця. Поки всі не сядуть, дуже корисно поговорити з тим, хто прийшов першим, особливо, якщо ця особа вам знайома. Коли ви робите це, обов'язково поглядайте на годинник. Можливо, навіть зніміть його з руки і покладіть поряд зі своїми нотатками, щоб мати змогу стежити за часом непомітно.

4. Перш ніж почати, зверніть увагу на час (і навіть занотуйте його, щоб не забути, коли ви почали) і тільки тоді починайте!

5. Підтримуйте візуальний контакт зі своїми слухачами. Не дивіться лише у свої нотатки, на підлогу, на стелю, на стіни, на монітор або у вікно. Вони не будуть оцінювати вашу презентацію. Не хвилюйтеся, якщо візуальний контакт дається важко. Трохи потренувавшись, ви навчитеся стежити за своїми слухачами, фактично, дивлячись *повз* них у далину. Це набагато краще, ніж взагалі не дивитися в їхньому напрямі.

6. Черпайте наснагу у своїх слухачів. Коли люди зацікавлені, дехто з них буде кивати головою на ваші слова, дехто буде усміхатися і так далі. Усі промовці здатні впоратися зі своїм завданням краще, коли один зі слухачів киває головою – спостерігайте, як ваші викладачі реагують на це.

7. Відволічіть увагу людей, якщо відчуваєте сильне хвилювання. Скажімо, якщо ви користуєтеся слайдами Power Point, у той момент, коли ви демонструєте слайд, усі відводять свій погляд від вас і дивляться на монітор. Це дає вам можливість заспокоїтися чи просто нагадати собі, що ви встигли сказати у цій презентації і про що будете говорити далі.

8. Не читайте вголос ті речі, які люди можуть прочитати самі. Людям не подобається, коли їм читають! Крім того, якщо ви, наприклад, показуєте їм слайд з основними тезами, вони прочитають їх набагато швидше, ніж ви їх зможете назвати. Так само, якщо ви приготували допоміжні матеріали, не просто зачитуйте з них текст – звертайте увагу слухачів на (скажімо) "перші рядки другої сторінки...", якщо ви хочете запропонувати їм цитату з допоміжних матеріалів.

9. Намагайтеся закінчити презентацію так, як ви планували. Скористайтесь "шляхами для відступу", якщо закінчується час, і пропустіть дещо з того, що ви планували обговорити, однак не опускайте висновку. Якщо у вас виявилось більше часу, ніж ви сподівалися, обговоріть кілька додаткових запитань, які ви приготували.

10. Вчасно завершуйте. Якщо вам дали 10-хвилинний ліміт часу, і ви говорили рівно 10 хвилин, уся ваша робота буде виглядати більш професійною, краще підготованою і так далі.

11. Коли ви знаєте, як відповісти на запитання, не поспішайте. Що довше ви будете говорити про речі, які добре знаєте, то менше часу будете намагатися говорити про речі, яких ви *не* знаєте.

12. Коли вас питають про те, чого ви не знаєте, не говоріть дурниць. Залиште собі час на роздуми. Можна непомітно зробити це, повторивши запитання для всіх, наприклад, якщо люди, що сидять позаду, не змогли почути запитання, яке пролунало з перших рядів. Просто дивовижно, скільки всього можна обміркувати за ті кілька секунд, впродовж яких ви повторюєте запитання! Існує також інший спосіб – *уточнити* запитання.

Спитайте в особи, яка поставила вам його: "Чи запитуєте ви про..." і далі поясніть, у чому саме, на вашу думку, суть цього запитання. Якщо ви **справді** не можете дати відповіді на запитання, скажіть про це.

13. Якщо ви самі вирішуєте, хто ставить вам запитання, стежте за часом. Коли час, виділений на запитання, почне вичерпуватися, скажіть (наприклад): "Нам вистачить часу лише на одне запитання". Відповівши на нього, підніміть голову, усміхніться і скажіть щось на кшталт: "Дякую за питання". Згодом почніть збирати свої нотатки, щоб піти звідти.

14. Тепер презентація скінчилася, однак ваше навчання триває далі. Після того, як ви провели презентацію, варто впродовж певного часу обміркувати її. Зробіть деякі нотатки щодо проведення презентації, а також невеличкі практичні поради на майбутнє.

15. Вислухайте якомога більше відгуків про свою презентацію. Коли ви пізніше зустрінете людей, які були серед ваших слухачів, виберіть вдалий момент і поставте їм структуровані запитання на кшталт: "Що вам сподобалося в моїй презентації? Що, з вашого погляду, було найменш вдалим у моїй презентації?" Ви дізнаєтеся більше з їхніх відповідей на такі запитання, ніж коли б ви просто спитали: "Що ви думаєте про мою презентацію?"

16. Продовжуйте спостерігати за діями інших людей під час проведення презентацій.

З М І С Т

Вступ	3
Організація та керівництво практикою у ЛПЗ	5
Зміст професійно-розвивальної практики у ЛПЗ	8
Особливості практики студентів у ЛПЗ різного типу	10
Етапи проходження студентами професійно-розвивальної практики	14
Вимоги до оформлення матеріалів практики.....	14
Форми і методи контролю	18
Список рекомендованої література	19
Додатки.....	22

Навчально-методичний посібник

*Друкується за ухвалою
Вченої ради філософського факультету
ДВНЗ «Прикарпатський національний університет
імені Василя Стефаника»*

Мирослава КУЛЕША-ЛЮБІНЕЦЬ

ПРОФЕСІЙНО-РОЗВИВАЛЬНА ПРАКТИКА
У ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЗАКЛАДАХ
програма та методичні рекомендації для студентів
III курсу спеціальності 053 «Психологія»

Підписано до друку 23.12.2015р.
Формат 60x84/16. Папір офсетний. Ум. друк. арк. 3,72.
Друк цифровий. Гарнітура “Times New Roman”.
Тираж 100 прим.



Видавець Кушнір Г. М.

Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи
до державного реєстру видавців, виготівників і розповсюджувачів
видавничої продукції: серія – ІФ № 31, від 26.01.2009 р.
76000, м. Івано-Франківськ,
вул. Шота Руставелі, 1,
тел. 099 700-47-45