

Науково-теоретичні та методологічні засади клініко-психологічної діагностики



Поняття "здоров'я", "хвороба", "розлад"

У побутовому вжитку поняття "хвороба" використовується для характеристики тільки таких станів, котрі вже не виглядають нормальними, а тому потребують особливого пояснення: помітні зміни самопочуття (біль), працездатності чи поведінки людини, не властиві для неї раніше. Використовуючи поняття "хвороба" ми намагаємося пояснити ці зміни. Це відповідає і суб'єктивному враженню людини, яка вважає себе хворою. Більш точно визначення цього суб'єктивного стану – "**погане самопочуття**"; хворобою ж можна назвати те, що індивід має "насправді": конкретну зміну у ньому самому.

Тож, крім психологічного (погане самопочуття) і тілесно-біологічного (хвороба) аспектів існує ще й соціальний аспект: змінена поведінка хворого (хвора поведінка) стає очевидною для оточуючих. Наскільки ці зміни здаються дійсно наслідком "Я не можу", а не "Я не хочу", настільки даний індивід розглядається як хворий і отримує відповідне ставлення.

Отже, те, що ми називаємо "хвороба" включає щонайменше 3 перспективи:

- якість змінений стан індивіда, його тіла чи частини тіла;
- переживання з приводу нездужання чи неповноцінності;
- приписана роль, пов'язана з особливими вимогами та привілеями.



У медицині основною моделлю хвороби є загальна концепція хвороби:

Наслідки хвороби

*Роль хворого й обмеження
нормальної рольової поведінки*



Погане самопочуття

Скарги, симптоми і дані огляду



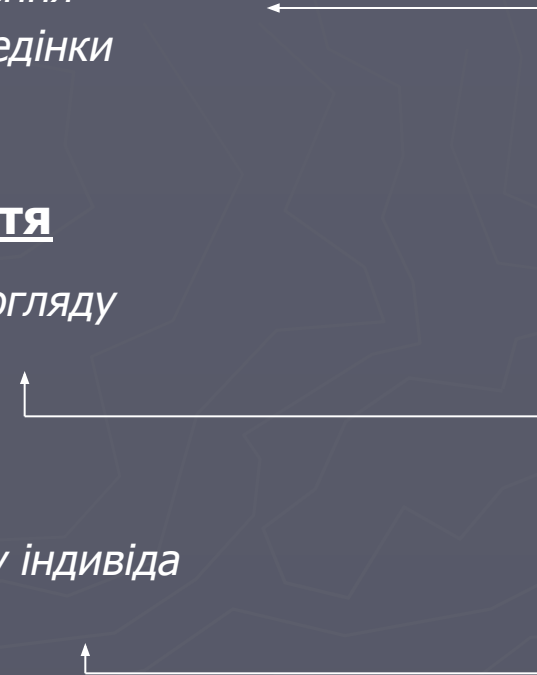
Хвороба

Психологічні зміни, дефект у індивіда



Причини хвороби

Біологічні, соціальні, психологічні



Чітке загальне розмежування хвороби і здоров'я, насправді, більше потрібне не стільки для медицини, скільки для виконання суспільних завдань по забезпеченню хворих. Тому було прийняте прагматичне рішення:

хворі – це люди, яким лікарі виставили той чи інший діагноз. Відповідно здорові – це люди, у яких відсутні будь-які хвороби.

Психічний розлад потрібно розглядати як головне поняття, яке охоплює різні види розладів, включаючи хвороби у вузькому розумінні цього слова. Відповідно до цього система класифікації Американської психіатричної асоціації називається "Довідник по діагностиці і статистиці психічних розладів".

Згідно з Парсонсом, здоров'я можна визначити як "...стан оптимальної працездатності індивіда у сенсі ефективного виконання ролей завдань, які відповідають його соціальному статусу".

Вескер: здоровою є працездатна людина, яка оптимально відповідає "нормальним" рольовим очікуванням і яка в змозі подолати щоденні вимоги, в результаті чого немає необхідності приписувати їй роль хворого.

Відповідно, здоров'я також можна розглядати з трьох аспектів:

- ▶ здоров'я,*
- ▶ хороше самопочуття,*
- ▶ роль здорового.*

У 1984 році робоча група ВООЗ подала нову дефініцію здоров'я як міри здатності індивіда чи групи, з одного боку, реалізовувати свої прагнення і задовольняти потреби, з іншого – змінюватися чи кооперуватися із середовищем.

Класифікації психічних розладів

У медицині особливо важливими є класифікації індивідів у формі діагнозів. Останнім часом домінують 2 міжнародних системи класифікації психічних розладів:

- ▶ ICD (International Classification of Diseases)*
- ▶ DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)*

Окрім цього існує система класифікації усіх хвороб, розроблена й видана ВООЗ – це міжнародна класифікація хвороб МКХ-11

DSM – система класифікації Американської психіатричної асоціації – система класифікації для психічних розладів. Остання версія DSM-IV-R складена на базі поширених повідомлень експертів й польових досліджень; вона включає 17 головних груп розладів.

DSM-V-R складена єдиною країною – США, але набула великого поширення.

МКХ-11 – запропонована ВООЗ, тобто є спільним продуктом фахівців з багатьох країн. DSM-V-R відповідає МКХ-11 в таких пунктах: мета класифікації, логіка класів, властивості класів, класифікаційна одиниця, основа класифікації, джерело даних, формальна точність. Ідентичні в МКХ-11 і DSM-V-R поняття деколи мають ідентичний зміст. Тому потрібно точно вказувати, за якою системою проводиться діагностика.

Важливим доповненням до МКХ-11 є видана ВООЗ система ICIDH – International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps – Міжнародна класифікація пошкоджень, розладів і захворювань, які призводять до позбавлення працездатності. Ця система фокусується на залишкових явищах хвороб і складена передусім для реабілітаційних заходів.

Головні критерії МКХ-10 і DSM-IV-R

Код	МКХ-10	DSM-IV-R
F0	Органічні, включаючи симптоматичні розлади	Делірій, деменція, амнестичний та інші когнітивні розлади
F1	Психічні і поведінкові розлади внаслідок прийому психотропних препаратів	Розлади, пов'язані із психотропними препаратами
F2	Шизофренія, шизотипові та маячні розлади	Шизофренія та інші психотичні розлади
F3	Афективні розлади	Афективні розлади
F4	Невротичні, стресові і соматоформні розлади	Тривожні розлади; соматоформні розлади; дисоціативні розлади; розлади адаптації.
F5	Поведінкові синдроми, пов'язані з фізіологічними порушеннями і фізичними факторами	Розлади харчової поведінки; розлади сну; сексуальні розлади і розлади статевої ідентифікації (також F6)
F6	Розлади особистості і поведінки	Розлади особистості; симулятивні розлади; розлади звичок і потягів, не класифікованих в інших рубриках.
F7	Зниження інтелекту	
F8	Порушення розвитку	Розлади, які діагностуються зазвичай у дитячому та юнацькому віці
F9	Поведінкові та емоційні розлади, які починаються у дитинстві та юності	
		Психічні порушення, викликані соматичною хворобою. Інші клінічно релевантні проблеми (також F5)

Функції клініко-психологічної діагностики

- ▶ **Описання:** вихідний базис усієї решти функцій. В описанні визначається проблема (проблеми* чи розлад (розлади* одного індивіда чи міжособистісної системи, а також тип, вияв і тощо цих проблем чи розладів. При цьому у клінічній практиці випадає переводити непрофесійні висловлювання (скарги* у специфічні діагностичні питання. Особливість описанні проблеми залежить від теоретичної орієнтації та цілей діагноста. Описання фактичного стану потрібно відрізнити від описання змін.
- ▶ **Класифікація:** на основі описання відбувається впорядкування скарг відповідно до однієї з систем класифікацій (МКХ-10 чи DSM-IV-R*. У клінічній практиці під класифікацією частіше всього розуміють віднесення пацієнта до певної діагностичної одиниці.
 - ▶ **Пояснення:** клініко-психологічна діагностика вносить свій вклад у пояснення психічних розладів, надаючи для цього по можливості вичерпні і точні дані, котрі можуть підкріпити чи виключити можливі пояснення.
 - ▶ **Прогноз:** у процесі клініко-психологічної діагностики прогнозується перебіг психічних розладів, при чому як з урахуванням інтервенцій, так і без них. У першому випадку прогноз перебігу містить висловлювання про ймовірність успіху терапії – це галузь досліджень, яка має назву дослідження предикторів. Теоретичні рамки для прогнозу – це теорії виникнення, підтримки та зміни психічних розладів. До уваги тут беруться предикторні змінні – ознаки пацієнта і психотерапевта, ситуації та інтеракції. Тому для діагностики предикторних ознак потрібна комплексна діагностична стратегія.
- ▶ **Оцінка:** У клінічній практиці оцінки відіграють особливо важливу роль і для окремих інтервенцій, і для систем забезпечення. У дослідженнях інтервенції оцінки базуються в основному на вимірюванні змін (аналіз процесу*. Рішення про показання (За умови X має сенс інтервенція Y* являють собою висловлювання про оцінені зміни.

Мета клініко-психологічної діагностики

Діагностика – має три мети:

- 1 віднесення індивіда до елемента системи класифікації - проводять на основі спостережуваної в релевантних умовах поведінки, орієнтуючись на достатні та необхідні закони маніфестації для окремих категоріальних понять;*
- 2 пояснення – поставити діагноз – знайти деяке адекватне наукове пояснення;*
- 3 підготовка терапевтичного рішення – зібравши необхідну інформацію приходять до висновку, чи можна використовувати з достатніми шансами на успіх заплановані терапевтичні дії для даного клієнта.*

Основна мета діагностичного процесу – відповісти на психологічно сформульовані питання і підготувати фундамент для рішень в рамках процесу рішення проблеми.

Схема діагностичного процесу за Камінські:

**постановка питання → збір даних → діагноз →
—консультація лікування → заключення.**

Варіанти завдань діагностики для різних цілей:

- ▶ **Діагностика показань** – віднесення індивіда до певної форми лікування, вибір певних задач терапії - тільки результат комплексної діагностики.
- ▶ **Діагностика конкретного випадку** - "систематичний, заснований на гіпотезі процес пошуку невідповідності між різними рівнями реакцій чи сферами поведінки" (Стеллер*, після чого ці невідповідності інтерпретуються відповідно до проблеми.
- ▶ **Діагностика клініко-психологічної інтервенції** – постійна перевірка і зворотній зв'язок гіпотез і покрокових заходів інтервенції, що відповідає динамічному вирішенню проблеми і процесу прийняття рішень.

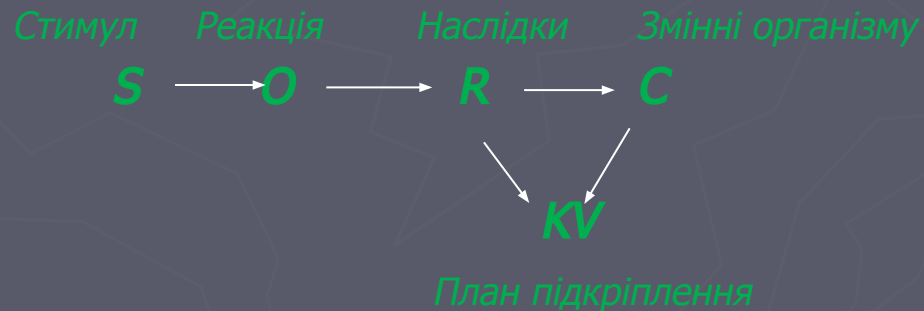
Традиційна особистісна діагностика є **діагностикою властивостей**, які значною мірою визначають конкретну людину. Теоретичні рамки для діагностики властивостей представлені, зокрема, у моделях особистості Кеттела і Айзенка. Властивості виводяться з пунктів відповідного методу, що являють собою вибірку елементів переживання й відрізків поведінки. Змістовна інтерпретація окремих пунктів, як правило, не використовується.

У клінічній практиці підхід діагностики властивостей дуже поширений у науковому дослідженні й практиці для описання і класифікації психічних ознак й для оцінки інтервенції.

Однак при реалізації терапевтичної інтервенції цінність цього підходу відносно невелика (властивості змінюються не так легко і швидко – цього може не відбутися у процесі інтервенції; інколи для більш ефективного функціонування важливіше, щоб змінилася поведінка). Щоб компенсувати недоліки підходу властивостей, його рекомендують комбінувати з діагностикою поведінки.

Завдання **діагностики поведінки** – виходячи з точного аналізу проблеми й умов її маніфестації, отримати інформацію про виникнення, пояснення та підтримку певної поведінки, а також про можливості її зміни. Судження виноситься за критеріями придатності і меншою мірою – за формальними критеріями якості чи на основі наукової перевірки.

Канфер і Саслов запропонували так звану "**формулу поведінки**", яка складається з таких показників:



Основні питання для практичних дій в діагностиці поведінки:

- ▶ Які паттерни поведінки потрібно змінити? (аналіз мети)
- ▶ Які умови формування цієї поведінки, і які фактори його підтримують в даний момент? (аналіз проблеми)
- ▶ Які існують можливості для досягнення бажаних змін? (планування терапії)

Зазвичай діагностику властивостей комбінують з діагностикою поведінки.

Для клініко-психологічної діагностики велике значення має реєстрація змін, що називають ще й діагностикою процесу.

Форми збору даних про зміни:

- ▶ *Опосередковане вимірювання: формування розбіжностей між оцінками стану (найчастіше використовують).*
- ▶ *Пряме вимірювання: пряма оцінка змін в певний момент часу (порівняльні висловлювання – краще, гірше, частіше, легше – співвідносять з певною вихідною точкою). Необхідний дворазовий збір даних. Пряме і непряме вимірювання дають різні результати.*
- ▶ *Оцінка того, наскільки досягнута мета терапії: констатуються зміни від певного вихідного стану (початку терапії) до цільового стану (кінець терапії).*
- ▶ *Оцінка (психопатологічного) стану через певний часовий інтервал відносно норми. В основному використовується в кінці терапії: встановлюється, чи розміщуються терапевтичні зміни всередині чи поза відповідною областю норми.*



Принцип мультимодальності

Головне положення клініко-психологічної діагностики – принцип мультимодальності.

Мультимодальна діагностика – інтеграція інформації, отриманої різними методами, з різних площин та джерел даних й на основі аналізу різних конструктів.

Площини даних:

- ▶ біологічна/соматична: на першому місці стоять соматичні процеси, які фіксуються фізичними і хімічними процесами;
- ▶ психічна/психологічна: акцент на індивідуальному переживанні і поведінці;
- ▶ соціальна: акцент на міжособистісних системах (соціальні умови*);
- ▶ екологічна: містить матеріальні умови.

Джерела даних:

- ▶ самоопитуваний індивід, який самоспостерігає та оцінює свою поведінку;
- ▶ інші особи – референтні особи, експерти, терапевти, які проводять стороннє спостереження й оцінку;
- ▶ апаратурні методи, методи діагностики діяльності й інтелекту, які викривають характеристики функцій і працездатності, а також фізіологічні методи.

У клініко-психологічній діагностиці все більшого значення набуває співвідношення між самоспостереженням та стороннім спостереженням. Пейкел і Нортон в огляді літератури по діагностиці депресії вказують на те, що власні оцінки і сторонні оцінки як правило корелюють (від $r = 0.4$ до $r = 0.6^*$). При цьому не можна вважати сторонню оцінку більш правильною і точною чи навпаки. Кожна з них має рівні науково-теоретичне значення.

Методи дослідження:

- ▶ Самоспостереження у формі само оцінювальних опитувальників.
- ▶ Стороннє спостереження, при якому найчастіше потрібна градація конструктів, таких як концентрація уваги чи репресивність тощо.
- ▶ Стороннє спостереження у формі спостереження за поведінкою.
- ▶ Інтерв'ю.
- ▶ Методи діагностики діяльності (інколи називають апаратурні методи*).
- ▶ Метод польової діагностики (створення штучної ситуації, в якій пред'являються певні стимули й має проявитися досліджувана поведінка*).
- ▶ Проективні методи.
- ▶ Змістовно-аналітичні методи, якими оцінюються тексти.

У клінічній діагностиці використовується велика кількість різноманітних конструктів: від традиційних (нейротизм, алекситимія, інфернальний контроль) до глобальних (соціальна адаптація, соціальні ресурси, якість життя). Мультимодальність означає також деяку варіацію відносно конструктів, що передбачає комплексне врахування дійсності.

При виборі методів дослідження, окрім традиційних **критеріїв якості** - об'єктивності, надійності та валідності, звертають увагу ще й на такі, як можливість здійснення, корисність, продуктивність відносно затрат, сенситивність, соціальна та етична прийнятність, трудоемність, можливість помилок тощо.

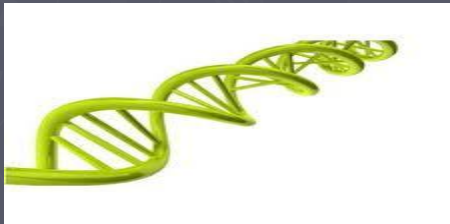
Мультимодальний підхід не лише ускладнює процедуру вибору, але й призводить до проблем інтерпретації. Декілька модальностей даних можуть узгоджуватися чи не узгоджуватися у своїх результатах.

Міра узгодженості при обстеженні в один момент часу:
конкордантність/дискордантність.

Міра узгодженості при обстеженні в декілька моментів часу:
синхронність/дисинхронність профілів перебігу.

Для подолання цих труднощів поки що немає єдиного рішення, однак існують такі точки зору:

1. При виборі методів потрібно більше керуватися теорією і гіпотезами.
2. Потрібно краще, ніж до цього часу, уявляти, в яких співвідношеннях перебувають методи дослідження і конструкт.
3. Додатково необхідні дослідження методів у сенсі багатостороннього багатометодного аналізу, щоб емпірично пояснити взаємозв'язок.



Клінічний діагноз



В основі постановки клінічного діагнозу лежить 3 прийоми:

- ▶ - спостереження,
- ▶ - порівняння,
- ▶ - класифікація.

Мета постановки клінічного діагнозу – передбачення розвитку подій (перебігу хвороби, розладу* і результату (видужання, хроніфікація, інвалідизація, смерть*.

В основі **класифікації** лежить **принцип** типологізації: пошук стійких ознак і їхніх типових сполучень.

Логічна типологізації така:

симптом – синдром – нозологія.

Синдром – це сукупність симптомів. При цьому одні й ті ж симптоми в різному сполученні можуть формувати зовсім різні синдроми. Синдром – це гештальт, ціле, яке формується тут і тепер. Синдром не зводиться до простої суми симптомів (будинок – це не просто сукупність цеглин, з яких він побудований*. Характерне сполучення і зміна синдромів дозволяє об'єднувати їх у певну нозологію. Схожі симптоми можуть зустрічатися при різних хворобах.

Синдром – це характерний хворобливий стан, у той час як хвороба - характерна сукупність різних станів, зміна яких визначається специфікою даної хвороби.

В основі підбору лікування лежить так званий **етіопатогенетичний принцип** – передбачає закономірний зв'язок двох рядів подій – етіології (походження, причин) хвороби і факторів її розвитку (патогенез*. Так від класифікації переходять до пояснення причин і закономірностей спостережуваних фактів, динаміки розвитку об'єкта вивчення. Це все разом складає методологію постановки клінічного діагнозу.

Ні симптоми, ні синдроми не ідентичні для різних нозологій (різні зуби у нас болять по-різному, а біль у коліні і біль у голові – зовсім різні відчуття). Це означає, що остаточний діагноз можливий лише при співставленні великої кількості фактів і умов, при чому в основі завжди лежить розуміння внутрішніх закономірностей їх поєднання (інсайт). Таке розуміння виробляється на основі значного клінічного досвіду.

Клінічний стиль мислення

Клінічний стиль мислення є антонімом диференційно-психологічному. Отже, для клінічної методології більш органічним є метод психодіагностичного експерименту та проєктивні методи, а для диференційно-психологічного – стандартизовані анкети й опитувальники особистості.

Однак **головна риса** клінічного стилю мислення – пріоритет індивідуального випадку над статистикою.

Клінічні і психометричні методи обслуговують різні діагностичні завдання.

Психометричний тест – це тест у вузькому розумінні: він повинен відповідати критеріям надійності, валідності й достовірності. При цьому основна валідність – це валідність прогностична (здатність передбачати майбутню поведінку*).

А **клінічний діагноз** заснований на синтезі сукупності ознак.

Його **головна мета** - виявлення причин і закономірностей спостережуваних особливостей поведінки чи психічного стану. Задача класифікації і передбачення поведінки підкоряється саме цій головній меті.

Основою такого розуміння служать знання об'єктивних закономірностей формування особистості (теорії особистості* і власний досвід психодіагностики і психокорекції. При цьому клініцист ґрунтує свою роботу на переконанні, що людина, її особистість є унікальною цілісністю.



У яких випадках потрібно використовувати стандартизовані опитувальники, а в яких – проєктивні методи?

Якщо треба посортувати дітей за психологічними ознаками, то потрібно використовувати стандартизовану методику.

Якщо ж необхідно вивчити причини поміченого розладу й закономірності його розвитку, то найкраще використати проєктивні методи при чому в індивідуальному порядку. При цьому діагностика починається вже з моменту появи клієнта на порозі кабінету.

Л.Ф.Бурлачук називає такі фактори, що детермінують діагностичну ненадійність опитувальників:

- ▶ Установка на соціально схвалювані відповіді.
- ▶ Прагнення відповідати переважно "так" (або "ні").
- ▶ Прагнення давати нестандартні, незвичайні відповіді.
- ▶ Мінливість відповідей, що пов'язана з нерозумінням запитанням, важким запитанням, із нерішучістю досліджуваного.
- ▶ Психометричні парадокси (А – запитання, що мають різне тлумачення, коли важко прийняти рішення про відповідь; В – однозначні запитання, на які легко підібрати відповідь).
- ▶ Попередній досвід.
- ▶ Цінність запитання.
- ▶ Специфічний емоційний контекст.
- ▶ Частота поведінкових проявів по типу, який описується у запитанні.
- ▶ Сама тестова ситуація.
- ▶ Специфічні особливості даного тесту.
- ▶ Потреба у захистові "Я".
- ▶ Принцип мінімальних зусиль (небажання докладати будь-яких зусиль до роботи з опитувальником) (Бурлачук Л.Ф.)

Проективні методи психодіагностики клінічно орієнтовані, оскільки призначені для відтворення образу деякої унікальної цілісності і претендують на врахування всієї різноманітності особистісних проявів:

"Проективні методики характеризуються глобальним підходом до оцінки особистості. Увага фокусується на загальній картині особистості як такої, а не на вимірюванні окремих її властивостей" (А. Анатазі).

Проективні методиками, відповідно, мають низку відмінностей, серед яких виділяють наступні:

- ▶ Функції експериментатора: нейтральний регістратор відповідей досліджуваного стає партнером досліджуваного.
- ▶ Стимульний матеріал: має бути не емоційно нейтральним, а, навпаки, зацікавлювати досліджуваного.
- ▶ Інструкція: досить невизначена чи така, що апелює до індивідуальності досліджуваного, до його творчих можливостей; не містить якихось нормативних вимог.
- ▶ Неоднозначність, “неструктурованість” проективного методу, що створює умови для вільного вибору альтернатив (*Соколова Е.Т.*)
- ▶ Відсутність будь-яких обмежень для досліджуваного при виконанні завдань.
- ▶ Нейтральна, опосередкована стосовно особистості спрямованість завдань.
- ▶ Невизначений характер тестового матеріалу.
- ▶ Відсутність фіксованої однозначної шкали нормативів при оцінці результатів.
- ▶ Визнання багатозначності кожного окремого показника; вимога контекстуального системного підходу.
- ▶ Опора на розуміння проекції, що означає привнесення у будь-яку психічну діяльність власних особистісних особливостей (*Савенко Ю.С.*).

Переваги проєктивного малювання:

- ▶ Тестування "замасковане", оскільки досліджуваний не підозрює про той тип інтерпретації, який буде даний його відповідям.
- ▶ Процес малювання зменшує ситуативне емоційне напруження і сприяє встановленню емоційного та неформального контакту з досліджуваним.
- ▶ Відносна простота і зручність використання проєктивного малюнку.

"Підводні камені" інтерпретації проєкції:

- ▶ ефект зустрічної проєкції – напр., за даними досліджень *Маслінг*, міра тривожності, яка приписується інтерпретатором досліджуваному відчутно корелює з мірою тривожності самого інтерпретатора;
- ▶ невизначеність проєктованого досліджуваним змісту – це образ бажаного чи образ небажаного майбутнього? замасковані реальні потреби і почуття чи ряд засвоєних кліше?

Найслабшим місцем проєктивних методів, вважає *Т.С.Яценко*, є встановлення зв'язку критеріїв інтерпретації психолога з реакціями клієнта, його особистісними характеристиками.

В інтерпретації показників *"...так само часто проявляється особистість самого експериментатора, як часто особистість досліджуваного проявляється через тестові відповіді"* (*А.Анастасі*)