Тема 14. Діагностика дітей, підлітків та сім'ї

План лекції

14.1. Вікові норми й методи за віком: гра, малюнок, спостереження, опитування батьків і педагогів, опитувальники для підлітків

14.2. Травма й булінг у дітей: прояви, оцінка, роль свідків і педагогів, SDQ та подібні інструменти

14.3. Сім'я як система: стосунки, кордони, ролі, реакція на кризу, участь батьків і пріоритет інтересів дитини

Література: [14, 16, 20, 22, 24, 26]

14.1. Вікові норми й методи за віком: гра, малюнок, спостереження, опитування батьків і педагогів, опитувальники для підлітків

Діагностика дітей і підлітків ґрунтується на віковій психології й принципі розвитку: показники оцінюють щодо вікових норм, а не абсолютно, оскільки одна й та сама поведінка може бути нормативною в одному віці та ознакою проблеми в іншому. Фахівець розрізняє варіанти нормального розвитку, затримки й відхилення, враховує нерівномірність розвитку (дисинхронію), вплив соціального середовища, навчання, сімейного контексту. Діагностичну процедуру будують з урахуванням того, що дитина – не «мініатюрний дорослий»: її мова, увага, мотивація й здатність до самозвіту відмінні від дорослих [14; 22].

Теоретично цей підхід спирається на концепції розвитку. Когнітивний розвиток за Ж. Піаже відбувається за стадіями: сенсомоторна (до двох років), передопераційна (два–сім років), конкретних операцій (сім–одинадцять) і формальних операцій (від одинадцяти). Л. Виготський визначив зону найближчого розвитку – різницю між самостійним виконанням завдання та виконанням за допомоги дорослого. Діагностика у співпраці з дорослим

виявляє потенціал, а не лише актуальний рівень. Концепція провідної діяльності (спілкування, предметна діяльність, гра, навчання, інтимно-особистісне спілкування) орієнтує вибір методів відповідно до віку. Симптом має різне значення залежно від віку: страх розлуки природний для малюка, але ознака тривожного розладу в підлітка.

Вікові особливості методів. У ранньому віці (до 3 років) основою є спостереження за розвитком та оцінка за шкалами (рухові навички, мовлення, соціальна взаємодія, самообслуговування), застосування шкал розвитку Бейлі, скринінгових інструментів розвитку (опитувальник вікових етапів), скринінгу аутизму (M-CHAT-R/F у віці 16–30 місяців), опитування батьків. У дошкільному віці провідними є гра, малюнок, структуроване спостереження, короткі завдання (WPPSI, кольорові матриці Равена, шкали готовності до школи). У молодшому шкільному віці додають опитувальники для батьків і вчителів, прості тести навчальних навичок і уваги. У підлітковому – опитувальники самозвіту, інтерв'ю, шкали емоційного стану, особистісні методики [20].

Гра як діагностичний метод дає змогу спостерігати рівень розвитку, емоційні переживання, стосунки, способи розв'язання конфліктів. Структурована ігрова оцінка передбачає набір іграшок, стандартні умови й схему спостереження: тематика гри, послідовність, афекти, взаємодія. Малюнок використовують як допоміжний метод: «Малюнок людини» (Ф. Гудінаф–Д. Гарріс) – для орієнтовної оцінки розвитку; «Будинок – дерево – людина» – для бесіди; «Кінетичний малюнок сім'ї» – для розмови про взаємини. Малюнок не розглядають як тест на «травму» чи «жорстоке поводження», а інтерпретацію будують за контекстом і розмовою.

Спостереження за дитиною в природних умовах (група, клас, подвір'я) дає дані про поведінку, комунікацію, регуляцію емоцій, що не вдається отримати в штучній ситуації. Застосовують структуровані листи спостережень з визначеними поведінковими індикаторами. Для дітей, які не говорять про

проблеми, спостереження стає основним джерелом інформації. У школі важливі також відомості педагогів, психологів, медичних працівників [22].

Опитування батьків і педагогів: батьки надають розвиткову історію й інформацію про поведінку вдома, а педагоги – про поведінку й навчання в колективі. Розбіжності між джерелами є нормативними й інформативними (діти поводяться по-різному в різних контекстах). Для підлітків важливі самозвіти, бо багато внутрішніх переживань (тривога, депресія, суїцидальні ідеї) батьки й педагоги недооцінюють. Принцип багатоджерельності є стандартом дитячої діагностики [14; 16].

Узгодженість оцінок різних інформантів є помірною: за метааналітичними даними, кореляції між оцінками батьків і вчителів, а також батьків і самозвітом дитини становлять приблизно 0,25–0,30, тоді як між двома батьками – близько 0,60. Це зумовлено відмінністю контекстів, а не помилкою інформантів, тому ці дані не усереднюють механічно, а аналізують як окремі джерела.

Основні інструменти в дитячій діагностиці: опитувальник сильних сторін і труднощів SDQ (25 тверджень; версії для батьків, вчителів, самооцінка підлітків 11–17 років); контрольний перелік поведінки дитини Т. Ахенбаха (CBCL, 113 пунктів, шкали проблем інтерналізації й екстерналізації); шкали Коннерса (оцінка симптомів дефіциту уваги й гіперактивності); інвентар дитячої депресії (CDI-2); шкала тривоги дітей (SCARED); шкала посттравматичних реакцій дітей (CPSS-5), переглянута шкала впливу події для дітей (CRIES-13); опитувальник Д. Ольвеуса для оцінки булінгу; шкали для підлітків (PHQ-A, шкали суїцидальності за віком). Вибір залежить від запиту та доступності норм і адаптації.

Розвиток у ранньому віці оцінюють шкалами Бейлі (від 1 до 42 місяців; когнітивна, мовна й моторна шкали зі стандартними балами, середнє 100 і відхилення 15) та опитувальником вікових етапів (ASQ-3: 21 вікова анкета для батьків до 66 місяців, п’ять доменів – комунікація, велика і дрібна моторика, розв’язання проблем, особистісно-соціальна сфера). Відставання визначають за

значенням, нижчим за два стандартні відхилення. Скринінг аутизму M-CHAT-R/F містить 20 питань «так/ні» для віку 16–30 місяців: 0–2 бали – низький ризик, 3–7 – середній (потрібне додаткове інтерв'ю), 8–20 – високий (направлення до фахівця) [20].

Для підлітків застосовують скринінг депресії PHQ-A (9 пунктів, поріг близько 11 балів), шкалу депресії CES-DC (20 пунктів) і переглянуту шкалу дитячої тривоги та депресії RCADS (47 пунктів), а для оцінки суїцидального ризику – ASQ, валідизований для віку 10–21 років, і C-SSRS. Структуровані діагностичні інтерв'ю для дітей – K-SADS-PL (напівструктуроване, 6–18 років) і MINI-KID (6–17 років, приблизно 20–30 хвилин) – застосовує підготовлений клініцист.

Інтелектуальні та когнітивні методи для дітей: WISC-V і матриці Равена (докладніше в розділі «Додаткові інструменти»), тести уваги й пам'яті за віком, шкали шкільної готовності. Інтелектуальні тести не застосовують для висновків про «здібності» без урахування соціального контексту, мовних особливостей, недавніх травм, стану здоров'я. Для дітей із порушеннями мовлення чи слуху використовують невербальні форми.

Етика діагностики дітей: згода батьків і погодження дитини; зрозуміла для дитини мова; пріоритет інтересів дитини; конфіденційність із чітко визначеними межами (ризик, насильство); зворотний зв'язок батькам у позитивному ключі; недопущення ярликів; обережність під час сімейних конфліктів, розлучень і спорів про опіку, коли психолог не виступає на боці однієї зі сторін.

Методики. CBCL/6–18 (Т. Ахенбах): 113 пунктів про проблеми поведінки за останні шість місяців (0 – не відповідає, 1 – іноді, 2 – часто); вісім синдромальних шкал (тривожність/депресивність, замкненість, соматичні скарги, соціальні проблеми, проблеми мислення, проблеми уваги, порушення правил, агресивна поведінка), широкі шкали інтерналізації й екстерналізації та загальний бал проблем. Для широких шкал Т-оцінки 60–63 відповідають

прикордонному, 64 і більше – клінічному рівню; для синдромальних шкал – 65–69 і 70 і більше. Версії для вчителів (TRF) і самозвіту підлітків (YSR) формують мультиінформантний профіль [14].

SCARED: 41 пункт, 0–2; п’ять факторів (панічний розлад і соматичні симптоми, генералізована тривога, тривога розлуки, соціальна тривога, шкільна фобія). Загальний бал 25 і більше вказує на ймовірний тривожний розлад. Є версії для дитини й батьків. Опитувальник використовується для скринінгу.

CDI-2: 28 пунктів із трьома варіантами відповідей; вік 7–17 років; шкали емоційних проблем і функціональних проблем; результати у Т-оцінках. Опитувальник використовується для скринінгу й моніторингу депресивних проявів. За позитивних відповідей на пункт про суїцидальні думки застосовують протокол безпеки.

14.2. Травма й булінг у дітей: прояви, оцінка, роль свідків і педагогів, SDQ та подібні інструменти

Дитяча травма виявляється в різних формах залежно від віку. У дошкільників – регрес, нічні жахи, страх розлуки, відтворювальна гра, соматичні скарги. У молодших школярів – труднощі з концентрацією, зниження успішності, агресія чи замкненість, відмова від школи, магічні пояснення подій. У підлітків – картина наближена до дорослої (інтрузії, уникання, гіперзбудження), ризикова поведінка, зловживання речовинами, самоушкодження, депресивність, відчуття безперспективності. Важливо врахувати, що діти можуть виглядати «спокійними» й «функціональними», а симптоми можуть бути відтермінованими й виявлятися пізніше [24; 26].

Тлом для оцінки травми є розвиток прив’язаності, який оцінюють у ситуації з незнайомою дорослою людиною за процедурою М. Ейнсворт: вісім епізодів по три хвилини, у яких фіксують поведінку дитини під час розлуки та возз’єднання з матір’ю. Розрізняють надійну прив’язаність (дитина шукає контакт і заспокоюється), ненадійну ухильну (ігнорує матір під час

возз'єднання), ненадійну амбівалентну (поєднує пошук контакту з опором) і дезорганізовану (суперечливі, незавершені реакції), яку пов'язують із жорстоким поводженням і невирішеною травмою. Для дорослих використовують напівструктуроване інтерв'ю про прив'язаність. Теорія прив'язаності Дж. Боулбі пояснює, що розлука з батьками та втрата порушують базове відчуття безпеки й можуть спричинити регрес [20].

Оцінка травми в дітей спирається на кілька джерел: інтерв'ю з батьками (початок, тип подій, зміни поведінки); бесіда з дитиною (з урахуванням віку, без примусу до розповіді); шкали CPSS-5, CRIES-13, UCLA PTSD-RI (скринінг симптомів ПТСР за DSM-5), SDQ (емоційні симптоми й труднощі поведінки); спостереження; дані школи. Дослідження в Україні, що використовували повідомлення батьків про посттравматичні реакції дітей і підлітків, засвідчили значну поширеність симптомів. Ці дані підкреслюють потребу в доступному скринінгу й допомозі.

Булінг – систематична агресивна цілеспрямована поведінка, що відбувається за дисбалансу сил (фізичної, соціальної або психологічної) та повторюється з часом. Форми: фізична, вербальна, соціальна (виключення, чутки), кібербулінг. Учасники: ініціатор, жертва, свідки (спостерігачі, захисники, помічники). Наслідки: тривога, депресія, психосоматичні скарги, відмова від школи, суїцидальні думки; для ініціаторів – ризик подальшої агресії й залежностей. Оцінка булінгу має ґрунтуватися на системності, дисбалансі сил, шкоді й контексті, а не на разовому конфлікті [14; 16].

Інструменти оцінки булінгу: опитувальник Д. Ольвеуса (самозвіт щодо ролей жертви й ініціатора, частоти, місць), соціометрія класу, шкали психологічного клімату, опитування вчителів і батьків; спостереження за перервами й місцями ризику; аналіз цифрових контактів за згодою. Результат використовують для планування втручання на рівні класу й школи (політика реагування, навчання вчителів, робота зі свідками), а не лише для роботи з жертвою.

Роль свідків і педагогів: свідки можуть посилювати (підтримують ініціатора, мовчать) або зменшувати булінг (захищають, повідомляють дорослих). Діагностика визначає позиції в класі, дає змогу розробити програми роботи з групою. Своєю чергою, педагоги – перші, хто помічає зміни поведінки. Їхня обізнаність, довіра дітей і готовність реагувати визначають, чи виявляються проблеми. Для вчителів розробляють прості контрольні переліки ознак і протоколи реагування.

Структура SDQ: п’ять субшкал по п’ять пунктів (емоційні симптоми, проблеми поведінки, гіперактивність, проблеми з однолітками, просоціальна поведінка). Відповіді оцінюють від 0 до 2 балів. Просоціальна шкала в загальний бал труднощів не входить. Версії розроблено для батьків і вчителів дітей 4–17 років та для самооцінки 11–17 років. Додаткова шкала впливу оцінює тривалість труднощів, дистрес і вплив на повсякденне життя. Інтерпретацію виконують за нормами для віку й версії, зіставляючи оцінки різних респондентів.

Особливості оцінки в групах ризику: діти в зоні бойових дій чи в окупації, діти внутрішньо переміщених сімей, діти військовослужбовців, діти, які втратили батьків, діти з інвалідністю, діти в закладах інституційного догляду. Для таких груп важливі безпека, стабільність, відносини з надійними дорослими, безперервність освіти. Діагностика поєднується з допомогою, а інструменти адаптуються [24].

Критерії для направлення до фахівців: тривалі симптоми (понад місяць) із втратою функціонування; суїцидальні думки або самоушкодження; симптоми психозу; регрес із втратою навичок; ознаки жорстокого поводження; затримки розвитку; тяжкі порушення сну й харчування. Направлення здійснюють разом із батьками, пояснюють дитині, а інформацію передають безпосередньо.

Методики. CPSS-5: структурований самозвіт для дітей 8–18 років; 20 пунктів симптомів за DSM-5 (0–4, за місяць) і 7 пунктів оцінки впливу на функціонування; підсумковий бал 0–80. Опитувальник використовується для

скринінгу й моніторингу. Пороги визначаються за результатами валідизації для відповідної вибірки, тому застосовуються лише з урахуванням нормативних даних.

CRIES-13: 13 пунктів (вторгнення, уникання, збудження); скринінговий поріг 30 і більше для ймовірного ПТСР; використовується в польових умовах для дітей від 8 років.

Опитувальник Д. Ольвеуса (BVQ): запитання про те, чи зазнавала дитина булінгу та в яких формах (фізичний, вербальний, соціальний, кібербулінг), як часто, де, хто втручався, як реагувала школа; використовується для оцінки поширеності на рівні школи; ідентифікація окремих осіб потребує додаткових заходів безпеки й залучення дорослих [14; 20].

Діти дошкільного віку. У додатках до українського клінічного протоколу наведено шкалу CATS для опікунів дітей віком 3–6 років: оцінку стану дитини в цьому віці здійснюють за повідомленням дорослих, які за нею доглядають.

14.3. Сім’я як система: стосунки, кордони, ролі, реакція на кризу, участь батьків і пріоритет інтересів дитини

Сім’ю розглядають як систему з власною структурою, правилами, ролями, межами й моделями взаємодії. Діагностика сім’ї спрямована на опис того, як функціонує ця система в умовах кризи: хто за що відповідає, як розподіляються ролі у разі відсутності члена родини (військова служба, довготривале відрядження, робота в зоні катастрофи, полон, поранення, госпіталізація), як відбувається комунікація, де межі між поколіннями. Для цього застосовують бесіду, спостереження, генограму (схема родинних зв’язків, подій, втрат), екокарту (зв’язки із зовнішніми ресурсами) і спеціальні шкали.

Модель Д. Олсона (циркумплексна модель) описує функціонування сім’ї через два виміри – згуртованість (емоційний зв’язок) та гнучкість (здатність змінювати ролі й правила) – і комунікацію як чинник, що полегшує зміни. Ці виміри оцінюють шкали FACES-IV. Оптимальними вважають «збалансовані»

типи – з помірними значеннями обох вимірів. Для оцінки загального функціонування застосовують шкалу оцінки сімейних відносин, опитувальники батьківського стилю та стресу. Інструменти потребують локальної адаптації й нормативних даних.

Реакція сім'ї на кризу. Типові стадії – шок, дезорганізація, пошук нової рівноваги, реорганізація. Для сімей військовослужбовців, рятувальників, поліцейських і працівників у тривалих відрядженнях характерні неоднозначна втрата (присутність без психологічної присутності або відсутність за збереження зв'язку), перевантаження одного з батьків, ролеві зміни, тривога за безпеку, труднощі з поверненням учасника бойових дій. Діагностика виявляє ресурси (взаємодопомога, підтримка родичів, чіткі правила), ризики (насильство, залежності, ізоляція) і потреби в допомозі.

Участь батьків у діагностиці: батьки – джерело даних, а також партнери в допомозі. Їх залучають через інформування про мету, процедуру, межі конфіденційності, пояснення результатів, надання рекомендацій. Враховують їхній емоційний стан (тривога, провина, втома) і не обвинувачують. Окремо оцінюють батьківський стрес, психічне здоров'я, навички виховання: допомога дитині ефективна тоді, коли батьки також отримують підтримку [14; 24].

Стрес батьківства оцінюють коротким індексом стресу батьків (36 пунктів; три субшкали – батьківський дистрес, дисфункційна взаємодія «батько–дитина», складна дитина); подружню адаптацію – шкалою діадної адаптації Г. Спеньє (32 пункти; результат нижче 97 балів свідчить про проблеми у стосунках). Для оцінки сімейного функціонування використовують також опитувальник функціонування сім'ї (60 пунктів, сім шкал: розв'язання проблем, комунікація, ролі, емоційна чуйність, емоційне залучення, контроль поведінки, загальне функціонування) [20].

Пріоритет інтересів дитини є базовим етичним принципом: у разі конфлікту інтересів дитини й дорослих рішення ухвалюють на користь безпеки й розвитку дитини. У ситуаціях, пов'язаних із розлученням, визначенням місця

проживання чи спілкування, психолог не робить висновків щодо переваг одного з батьків без повної процедури оцінки (з обома батьками, дитиною, відповідними джерелами) і відповідно до мандату. Консультативну й експертну діагностику не поєднує одна й та сама особа. Безпека дитини не підлягає обговоренню.

Виявлення насильства над дітьми: ознаки (травми, поведінкові зміни, регрес, страх певних осіб, сексуалізована поведінка, уникання дому), розкриття (дитина може розповісти частково), правила реагування (вислухати без нав'язливих запитань, не обіцяти таємниці, повідомити відповідні служби, забезпечити безпеку). Психолог не проводить «розслідування» й не ставить навідних питань, оскільки це може спотворити свідчення. Формування висновків залишається за компетентними службами.

Ухвалення рішень на основі діагностики сім'ї: форма допомоги (психоедукація, сімейне консультування, підтримка батьків, групи взаємодопомоги), залучення соціальних служб, медичної допомоги й освіти, моніторинг. Результати для спеціалістів оформлюють стисло й функціонально; для батьків – зрозуміло й підтримувально. Для сімей військовослужбовців допомога узгоджується з підрозділом та волонтерськими організаціями.

Методики. FACES-IV: 42 пункти; шість шкал: збалансована згуртованість, збалансована гнучкість, дві шкали дисбалансу згуртованості (розірваність і заплутаність), дві шкали дисбалансу гнучкості (жорсткість і хаотичність); додатково шкали комунікації й задоволеності. Результати інтерпретують у межах циркумплексної моделі. Сімейні типи варіюють від збалансованих до незбалансованих. Опитувальник використовують у консультуванні як основу для обговорення.

Генограма: схема не менш ніж трьох поколінь із датами народження, шлюбів, смертей, розлучень, місцем проживання, професіями, хворобами, залежностями, травмами. На схемі позначають стосунки (близькі, конфліктні,

розірвані), аналізують повторювані патерни, використовують у бесіді. Це не тест, а структурований спосіб збору даних.

Екокарта: схема зв'язків сім'ї із зовнішніми системами (школа, робота, лікарня, військова частина чи служба, громада, волонтери). Вона показує джерела підтримки та напруги й корисна для планування допомоги в умовах кризи.

Додаткові інструменти для дитячої та підліткової діагностики. Шкали адаптивної поведінки Вайнленд (Vineland-3) оцінюють у батьків або вчителів чотири домени: комунікацію, повсякденні навички, соціалізацію та моторні навички (для дітей до 9 років). Стандартні показники мають середнє 100 та стандартне відхилення 15. Значення нижче 70 свідчить про суттєве обмеження адаптивного функціонування. Інструмент необхідний за підозри на порушення розвитку, коли самого IQ недостатньо для висновку.

Шкали Коннерса (Conners-3) надають форми для батьків, учителів і самозвіту та охоплюють неуважність, гіперактивність-імпульсивність, порушення навчання, агресію та стосунки з однолітками. Т-бали 60–69 вважають підвищеними, 70 і вище – дуже підвищеними. Діагноз СДУГ потребує початку симптомів до 12 років, прояву у двох і більше середовищах, функціонального порушення й виключення інших пояснень (тривоги, травми, порушень сну, зору й слуху).

Тест Векслера для дітей (WISC-V) охоплює п'ять первинних індексів (вербальне розуміння, візуально-просторовий, плинне міркування, робоча пам'ять, швидкість опрацювання) і застосовується з 6 до 16 років. Різниця між індексами 20 і більше пунктів потребує пояснення, оскільки нерівномірний профіль вказує на специфічні труднощі навчання, проблеми уваги або вплив емоційного стану.

Прогресивні матриці Равена (кольорова форма CPM для 4–11 років і стандартна SPM для старших) оцінюють невербальне міркування й придатні

для дітей з мовними труднощами. Результат подають у перцентилях. Показник нижче 5-го перцентиля потребує поглибленого обстеження.

Опитувальник якості життя дітей PedsQL (23 пункти) вимірює фізичне, емоційне, соціальне та шкільне функціонування за 5-бальною шкалою, переведеною на 0–100. Показники нижче 69,7 для самозвіту дитини вважають клінічно значущими.

Інструмент для виявлення розладів аутистичного спектра ADOS-2 є стандартизованим спостереженням за грою та взаємодією, його виконує підготовлений фахівець. Скринінговий M-CHAT-R/F у 16–30 місяців не замінює діагностичної оцінки. Окремо обстежують слух, зір, мовлення, а також соціальну взаємодію у кількох контекстах.

Спостереження, гра та малюнок. Структуроване спостереження за поведінкою дитини фіксує: контакт очима, мовлення, ініціативу в грі, регуляцію афекту, реакцію на розлуку з дорослим, тривалість уваги й переключення. Протокол містить час, контекст, поведінку і її частоту. Інтерпретація базується на повторюваності в кількох ситуаціях, а не на одиничному епізоді.

Ігрова діагностика використовує стандартні набори фігурок і ситуацій. Аналізують сюжет (повторення травматичного епізоду, агресія, уникання), емоційні реакції і здатність до символізації. Для дітей, які пережили війну, повторювана травматична гра є ознакою опрацювання досвіду, якщо вона супроводжується зменшенням напруги, і тривожним симптомом, якщо відбувається без полегшення.

Малюнкові методики (дім–дерево–людина, малюнок сім’ї, кінетичний малюнок сім’ї) мають обмежену доказову базу як діагностичні тести. Їхні результати розглядають як матеріал для бесіди та гіпотез, а не як підставу для висновків про травму, насильство чи психічний розлад. Індикаторні системи оцінювання (за Коппіцем) мають низьку надійність, тому не застосовуються як самостійний критерій.

Оцінювання небезпеки та захисту дитини. Бесіду з дитиною проводять за принципами відкритих запитань, підтримувальної атмосфери, відповідності мови віку. Кількість повторних бесід мінімізують, щоб запобігти повторній травматизації. Інтерв'ю фіксують дослівно.

Віковий розвиток впливає на вибір методу: до 3 років – спостереження та інформація від дорослих; 3–6 років – гра, малюнок, коротка бесіда; 7–11 років – шкали, структуровані розповіді, спостереження; 12–17 років – самозвітні опитувальники з гарантіями конфіденційності та окремою формою для батьків. У підлітків змінюються й межі конфіденційності, їх узгоджують з дитиною до початку обстеження.

Рішення про психологічну допомогу ґрунтується на поєднанні оцінки симптомів, функціонування, ресурсів сім'ї та безпеки. Шкільні й родинні втручання узгоджують із даними обстеження, а динаміку оцінюють повторними вимірюваннями тих самих шкал через 4–8 тижнів.

Сімейна система. Для оцінки сімейної системи використовують, зокрема, психосоціогенограму. Поряд із нею вивчають індивідуально-типологічні особливості членів сім'ї, їхній захисний стиль та міжособистісну взаємодію.

Ключові поняття теми: *вікові норми; багатоджерельність; ігрова діагностика; SDQ; CBCL (контрольний перелік поведінки); булінг; генограма; циркумплексна модель Олсона (FACES-IV); неоднозначна втрата; пріоритет інтересів дитини; CATS; психосоціогенограма.*

Питання для самоперевірки

1. Які вікові особливості методів діагностики дітей і підлітків і чому важлива багатоджерельність?

2. Які інструменти застосовують для оцінки емоційних і поведінкових труднощів та травми в дітей?

3. Як організовують скринінг за SDQ та як інтерпретують його результати?

4. За якими ознаками й інструментами оцінюють булінг та яку роль мають свідки й педагоги?

5. Що вивчає діагностика сім’ї і які інструменти (генограма, FACES-IV) застосовують?

6. Як сімейні й ролеві зміни під час війни відбиваються на дитині, і що означає неоднозначна втрата?

7. Що означає пріоритет інтересів дитини в діагностиці та які правила реагування на ознаки насильства?

8. Для чого призначена шкала CATS у версії для опікунів дітей віком 3–6 років?