Тема 3. Класифікація методів психодіагностики та принципи добору інструментарію

План лекції

3.1. Класифікація методів: тести, опитувальники, проєктивні техніки, спостереження, бесіда, експеримент, аналіз продуктів діяльності

3.2. Психофізіологічні й нейропсихологічні методи, межі й сфера застосування кожного методу, діагностична батарея

3.3. Принципи добору інструментарію: запит, вік, стан, час і місце, бажаність відповідей, етичний вибір методу

Література: [7, 8, 9, 14, 15, 16, 20, 22]

3.1. Класифікація методів: тести, опитувальники, проєктивні техніки, спостереження, бесіда, експеримент, аналіз продуктів діяльності

Класифікацію психодіагностичних методів здійснюють за кількома підставами. За ступенем формалізації розрізняють високоформалізовані (стандартизовані тести й опитувальники) та малоформалізовані (спостереження, бесіда, аналіз продуктів діяльності) методи. За джерелом інформації виокремлюють самозвіт, зовнішнє спостереження, експертні оцінки, об'єктивні показники продуктивності та психофізіологічні реєстрації. За предметом вимірювання розрізняють діагностику здібностей і досягнень, особистості, станів, мотивації, міжособистісних стосунків і психопатологічної симптоматики [14; 22].

Серед високоформалізованих методів тести здібностей і досягнень вимірюють максимальну продуктивність: показниками є правильність відповіді, час виконання або кількість розв'язаних завдань. До них належать шкали інтелекту Д. Векслера (WAIS-IV для дорослих, WISC-V для дітей), прогресивні матриці Дж. Равена (невербальний тест когнітивної здатності з 60

завдань зростаючої складності, що мінімізує вплив мовної й культурної специфіки), тест структури інтелекту Р. Амтхауера, а також батареї спеціальних здібностей (механічної, просторової, числової) для професійного відбору. Тести досягнень оцінюють засвоєння навчального або професійного змісту.

На відміну від них, опитувальники самозвіту вимірюють типову поведінку й суб'єктивні стани: особистісні риси, симптоми, ставлення. До них належать багатовимірні інструменти особистості (MMPI-2 із 567 тверджень, п'ятифакторні опитувальники NEO-PI-R і NEO-FFI, 16-факторний опитувальник Р. Кеттелла, опитувальник Г. Айзенка), шкали окремих станів (шкала тривожності Ч. Спілбергера – STAI, опитувальник депресії А. Бека – BDI-II, PHQ-9, GAD-7), скринінгові інструменти ризику (C-SSRS, AUDIT). Їх переваги – стандартизація, швидкість опрацювання, можливість порівняння з нормами, а обмеження – залежність від самоусвідомлення, щирості й стилів відповідей.

Інший підхід реалізують проєктивні методики, які пропонують неструктурований або двозначний стимульний матеріал, щодо якого досліджуваний висловлює інтерпретації, які розглядають як відображення потреб, конфліктів, способу сприймання світу. До цієї групи належать техніка чорнильних плям Г. Роршаха (із системою кодування Дж. Екснера й сучасною системою R-PAS), тематичний апперцептивний тест Г. Мюррея, тест Розенцвейга для оцінювання реакцій на фрустрацію, методика незакінчених речень, малюнкові техніки («Будинок – дерево – людина», «Малюнок людини», «Неіснуюча тварина»). Для більшості проєктивних інструментів показники психометричної якості нижчі, ніж для опитувальників, тому їх застосовують як допоміжні, для формулювання гіпотез, а не як єдину підставу висновку [20].

Поряд із тестами, опитувальниками й проєктивними техніками, класичними методами є спостереження, бесіда й експеримент. Структуроване спостереження використовує попередньо складену схему поведінкових індикаторів і шкали оцінювання. Бесіда й клінічне інтерв'ю дають змогу

уточнити скарги, анамнез і суб'єктивні переживання. Лабораторний або модельований експеримент створює контрольовані умови для вивчення реакцій (наприклад, виконання завдань за дефіциту часу чи за наявності перешкод) [9; 14].

З експериментом споріднені ситуаційні методи, які застосовують у відборі та оцінюванні готовності до служби. Вони моделюють завдання діяльності (виконання завдання в групі без призначеного лідера, опрацювання документації за дефіциту часу, ухвалення рішення за неповної інформації) і передбачають спостереження за поведінкою за шкалами критичних компетенцій. Метааналізи свідчать, що структуроване інтерв'ю має вищу прогностичну валідність, ніж неструктуроване, а поєднання тестів загальних здібностей зі структурованим інтерв'ю та ситуаційними пробами перевершує кожен із методів окремо [7].

Біографічний метод ґрунтується на аналізі життєвого шляху за документами, анкетами й розповіддю особи. Стандартизованою формою є біографічні опитувальники з питаннями про минулу поведінку, що прогнозують майбутню (кількість змін місця роботи, досвід лідерства, дисциплінарні події). Контент-аналіз текстів і документів передбачає визначення категорій і одиниць аналізу, правил кодування та узгодженості кодувальників. Його застосовують до щоденників, листів, службових характеристик, відповідей на відкриті питання. Соціометрія вимірює структуру міжособистісних виборів у групі за критерієм (з ким хотів би виконувати завдання). Показниками є соціометричні статуси та індекси згуртованості.

Аналіз продуктів діяльності охоплює вивчення малюнків, письмових текстів, щоденників, виробничих і навчальних результатів, службових характеристик. До допоміжних методів належать аналіз документації (медична картка, характеристика, досягнення) та опитування значущих осіб (керівник чи командир, колеги, батьки, вчителі).

Ще одну підставу класифікації становить спосіб інтерпретації: нормативно-орієнтовані та критеріально-орієнтовані методики відрізняються призначенням. Нормативно-орієнтовані порівнюють особу з референтною групою й виражають результат у відносних показниках, а критеріально-орієнтовані порівнюють результат із заздалегідь визначеним стандартом (мінімальний рівень придатності, клінічний поріг). За широтою охоплення розрізняють скринінгові інструменти (широкий діапазон станів, невисока точність) і спеціалізовані (глибоке вивчення вузької сфери). Раціональна діагностична послідовність: від ширшого до вужчого, від короткого до детального, від дешевого до ресурсоємного [16; 22].

Альтернативна класифікація ґрунтується на «рівнях» діагностики: рівень спостережуваної поведінки (структуроване спостереження, поведінкові шкали), рівень суб'єктивного переживання (самозвіт, інтерв'ю), рівень латентних психологічних структур (проєктивні й експериментальні процедури), рівень нейрофізіологічного забезпечення (психофізіологія, нейропсихологія). Розбіжності між рівнями, наприклад висока суб'єктивна тривога за нормальних фізіологічних показників, є не помилкою, а джерелом діагностичної інформації [9; 14].

Матриця відповідності: діагностичне питання й інструмент. Корисним інструментом добору є матриця, де кожному діагностичному питанню відповідають основний, доповнювальний і підтверджувальний методи. Питання «чи є ознаки депресивної й тривожної симптоматики?» – основний метод PHQ-9 і GAD-7, доповнювальний – бесіда й спостереження, підтверджувальний – структуроване інтерв'ю (MINI) або консультація лікаря. Питання «чи є ознаки посттравматичних реакцій?» – PCL-5 (або ITQ), доповнювальний – оцінка сну, інтрузій і уникання в бесіді, підтверджувальний – CAPS-5. Питання «чи є ризик для безпеки?» – скринінгова версія C-SSRS і питання про агресію й доступ до зброї, доповнювальний – AUDIT й оцінка соціальної підтримки, підтверджувальний – клінічна оцінка ризику. Питання «чи збережена

когнітивна працездатність після контузії?» – MoCA, таблиці Шульте, проби уваги й пам’яті, підтверджувальний – нейропсихологічне обстеження.

Така матриця дає змогу обґрунтувати склад батареї перед командуванням і замовником, запобігає надлишковому тестуванню й виявляє питання, на які наявними методами відповісти неможливо. Для кожної клітини матриці зазначають час проведення, вимоги до користувача й наявність норм для відповідної групи.

Орієнтовний час проведення основних інструментів: PHQ-9 і GAD-7 – по 2–3 хвилини; PCL-5 – 5–10 хвилин; AUDIT – 2–3 хвилини; MINI – близько 15–20 хвилин; MoCA – близько 10 хвилин; прогресивні матриці Равена – 20–45 хвилин; NEO-PI-R (240 тверджень) – 30–40 хвилин; MMPI-2 (567 тверджень) – 60–90 хвилин; шкали Векслера – 60–90 хвилин; CAPS-5 – 45–60 хвилин. Ці параметри враховують під час планування батареї й розподілу навантаження на досліджуваного.

Підходи до класифікації методів. Підходи в літературі різняться. У клінічній психології виокремлюють спостереження, експеримент, діалог (бесіду), праксиметричні, психофізіологічні й анамнестичні методи та патопсихологічне дослідження. Розрізняють номотетичний підхід (порівняння з груповими нормами, стандартизація) та ідіографічний (опис унікального випадку), а бесіду поділяють на скеровану й слабоскеровану. Методичні рекомендації для здобувачів, своєю чергою, називають основні групи методів: спостереження й інтерв’ю, особистісні опитувальники, методики дослідження тривожності й агресивності, проєктивні методики, а також методики пам’яті, інтелекту, мислення та міжособистісних стосунків [15].

3.2. Психофізіологічні й нейропсихологічні методи, межі й сфера застосування кожного методу, діагностична батарея

Психофізіологічні методи реєструють об’єктивні показники функціонального стану організму: частоту серцевих скорочень, варіабельність

серцевого ритму (HRV, показники SDNN, RMSSD, співвідношення LF/HF), електричну активність шкіри (гальванічна шкірна реакція), електроенцефалограму, електроміограму, частоту дихання, температуру шкіри, рух очей та діаметр зіниць. Їх застосовують для оцінювання рівня збудження, реактивності на стресор, швидкості відновлення. У біофідбек-тренінгу їх використовують також як засіб навчання саморегуляції [7; 8]. Обмеження методів: чутливість до рухових артефактів, вплив кофеїну, медикаментів, фізичної активності та неоднозначність співвідношення фізіологічних і психологічних показників. Зокрема, поліграфічні процедури не мають достатньої валідності для індивідуальних висновків про правдивість.

Поряд із фізіологічною реєстрацією експериментальні когнітивні завдання в психодіагностиці вимірюють окремі процеси за стандартними умовами: завдання «виконуй / не виконуй» (Go/No-Go) оцінює гальмування реакції (помилки хибного спрацьовування), тест «N-назад» – оперативну пам’ять (у варіанті «2-назад» треба порівнювати стимул із тим, що пред’являвся два кроки тому), безперервний тест виконання вимірює стійкість уваги (пропуски, хибні спрацьовування, час реакції та його варіабельність, зазвичай протягом близько 14 хвилин). Показники швидкості й точності розглядають разом, оскільки вони пов’язані компромісом. Зростання варіабельності часу реакції є чутливим маркером втоми й порушень уваги.

Серед психофізіологічних показників варіабельність серцевого ритму оцінюють у часовій та частотній областях. Показник SDNN (стандартне відхилення інтервалів між нормальними скороченнями) відображає загальну варіабельність; RMSSD – парасимпатичну (вагусну) регуляцію; відношення потужностей низькочастотної й високочастотної смуг (LF/HF) інтерпретують обережно, оскільки воно не є прямим показником симпатико-вагусного балансу. Стандартна тривалість короткочасного запису становить 5 хвилин у стані спокою, довготривалого – 24 години. Тренування з біологічним зворотним зв’язком за варіабельністю ритму ґрунтується на повільному диханні

з частотою близько шести циклів за хвилину, за якої виникає резонанс між дихальними й серцевими коливаннями.

Нейропсихологічні методи, своєю чергою, оцінюють стан когнітивних функцій у зв'язку з роботою мозку: увагу, пам'ять, мовлення, праксис, гнозис, виконавчі функції. До відомих належать нейропсихологічна діагностика за схемою О. Лурії (зокрема батарея Лурії–Небраска), тест послідовного з'єднання (варіанти А і Б), тест Струпа, Вісконсинський тест сортування карт, слухо-вербальний тест Рея, тест комплексної фігури Рея–Остерріта, прямий і зворотний обсяг цифр, фонематична й категоріальна вербальна швидкість. Для швидкого скринінгу застосовують Монреальську шкалу когнітивної оцінки (MoCA) і коротку шкалу оцінки психічного статусу (MMSE), батарею оцінки лобних функцій (FAB). Такі інструменти особливо важливі після закритих черепно-мозкових травм, вибухових контузій, інсультів, за тривалих стресових станів і для диференціації когнітивного дефіциту від наслідків депресії чи ПТСР [14].

Для оцінювання уваги й працездатності в практиці військових, рятувальних і виробничих психологів (диспетчери, оператори, водії екстреної техніки) застосовують таблиці Шульте, коректурну пробу Бурдона, тест Мюнстерберга, методики оцінки швидкості простої й складної сенсомоторної реакції, перемикання уваги й оперативної пам'яті. Такі методики мають короткий час проведення й чутливі до втоми та перенавантаження, що робить їх придатними для моніторингу функціонального стану в польових умовах. Показники ефективності, швидкості й кількості помилок розглядають разом, адже швидкість досягається коштом точності й навпаки [7; 8].

Кожен метод має власні сферу застосування й межі. Відомий психометричний компроміс – «пропускна здатність–точність»: інструмент, що вимірює вузьку властивість із високою точністю, не здатний охопити широкий спектр функціонування, а широкий інструмент має нижчу точність за окремими

показниками. Тому не існує універсальної методики, а наявні інструменти доповнюють один одного [16; 22].

Тому на практиці застосовують діагностичну батарею – набір методів, підібраних так, щоб обмеження одного компенсувалися перевагами іншого. Опитувальник дає кількісні показники, зіставні з нормою, але залежить від самозвіту. Структуроване спостереження фіксує поведінку, проте залежить від оцінювача. Нейропсихологічний тест об’єктивно оцінює продуктивність, але чутливий до мотивації й втоми. Інтерв’ю надає контекст, але є менш стандартизованим. Принцип конвергенції (тріангуляції) означає, що висновок вважається надійним, якщо його підтверджують не менше двох-трьох незалежних джерел: стандартизовані методики, бесіда й спостереження, відомості від інформаторів або документів. Розбіжності між джерелами є предметом аналізу, а не помилкою: вони можуть вказувати на приховування, зниження критичності до стану, ситуативний характер симптомів або обмеженість окремого методу. У військовому середовищі самозвіт може відображати побоювання щодо кар’єрних наслідків, а спостереження командира – обмежену інформованість про внутрішні переживання [9].

До батареї можуть входити й опитувальники інтересів та професійної спрямованості, побудовані на моделі Дж. Голланда з шістьма типами (реалістичний, дослідницький, артистичний, соціальний, підприємницький, конвенційний), розташованими на шестикутнику, відстань між якими відображає подібність. Для професійного відбору (військового, рятувального, правоохоронного) інтереси мають допоміжне значення порівняно з когнітивними й особистісними показниками.

Розмір і склад батареї визначаються завданням, часом і станом особи. Батарею формують у такій послідовності: уточнення запиту; скринінгові методики; поглиблена оцінка за виявленою ознакою; оцінка функціонування й ресурсів; перевірка достовірності відповідей; інтеграція даних. Для первинного скринінгу достатньо кількох коротких шкал та бесіди. Для поглибленого

обстеження перед реабілітацією чи експертизою застосовують розгорнуту батарею з кількох сеансів. Кожна методика виконує окрему функцію. Зайві методики збільшують навантаження на досліджуваного й ускладнюють інтерпретацію. Крім того, зростає ризик хибнопозитивних результатів за множинних порівнянь: що більше незалежних шкал, то вища ймовірність хоча б одного хибнопозитивного результату, а для десяти шкал вона перевищує 40 %.

У гострих станах обстеження скорочують до мінімуму, необхідного для безпеки [14; 22].

Порядок застосування методик враховує навантаження: спочатку нейтральні, малонавантажувальні методи (бесіда, спостереження, прості шкали), потім складніші чи емоційно насичені (проєктивні, пов'язані з травматичним досвідом, тривалі когнітивні завдання), із перервами для відновлення. За розбіжності результатів різних методів фахівець перевіряє умови проведення, стан, мотивацію, можливу симуляцію або дисимуляцію, а також специфіку нормативної вибірки.

Методики. Таблиці Шульте: п'ять таблиць 5 × 5 з числами 1–25 у довільному розташуванні; завдання – знаходити числа за зростанням, показуючи й називаючи їх; показники – час виконання кожної таблиці, середній час, коефіцієнт впрацьовування (відношення часу першої таблиці до середнього) і психічна стійкість (відношення часу останньої таблиці до середнього). Для дорослих типовий час становить орієнтовно 30–50 секунд на таблицю. Зростання часу до кінця серії є ознакою виснажуваності. Норми залежать від віку й освіти [7; 8].

Коректурна проба Бурдона: у бланку з рядками літер або кілець викреслюють задані знаки протягом 5–10 хвилин; показники – кількість переглянутих знаків, помилки пропуску й помилкових викреслювань, коефіцієнт продуктивності, динаміка за хвилинами. Метод чутливий до

зниження стійкості уваги, втоми й дії медикаментів. Для інтерпретації необхідні норми відповідної групи.

Тест Струпа: подають слова-назви кольорів, надруковані різними кольорами. У конгруентній умові колір збігається зі значенням, а в інконгруентній – розходиться. Показник – інтерференція (різниця часу й кількості помилок між умовами). Тест оцінює вибірковість уваги та гальмування автоматичної реакції. Він чутливий до лобних порушень, тривоги, депресії, втоми.

Тест послідовного з'єднання: у частині А потрібно з'єднувати числа за зростанням, у частині Б – чергувати числа й літери; показники – час виконання, кількість помилок. Різниця «Б – А» і відношення Б / А відображають перемикання й виконавчий контроль. Тест швидкий, чутливий до органічних уражень, але неспецифічний за причиною.

Психометричні характеристики як критерії добору інструментарію. Для скринінгових завдань переважають короткі методики з високою чутливістю, що дають змогу виявити більшість осіб із ознакою, навіть ціною хибнопозитивних результатів. Для підтверджувальної діагностики потрібні методики з високою специфічністю та структуровані інтерв'ю. Для оцінювання динаміки важлива чутливість до змін, тобто здатність шкали фіксувати клінічно значущу зміну стану. Для експертних і відбіркових рішень вимагають найвищих показників надійності, наявності шкал достовірності та протоколів незалежної перевірки.

3.3. Принципи добору інструментарію: запит, вік, стан, час і місце, бажаність відповідей, етичний вибір методу

Добір інструментарію починається з аналізу запиту: що має з'ясувати замовник і для чого. Запит «перевірити психічне здоров'я підрозділу чи зміни» може означати скринінг групи, оцінку ризику для безпеки, підготовку до ротації чи чергування або контроль ефективності допомоги, і кожне з цих завдань потребує інших інструментів, термінів та форм висновку. Перший крок

полягає в операціоналізації запиту у вигляді діагностичного питання й визначенні рішення, яке це питання має підтримати [9; 16].

Окрім змісту запиту, ефективність добору методу оцінюють за його корисністю. За моделлю Брогдена–Кронбаха–Глезер приріст корисності від застосування методу у відборі зростає із чисельністю відібраних, валідністю методу, розкидом результатів діяльності в одиницях цінності та середнім стандартизованим балом відібраних кандидатів. З приросту віднімають вартість обстеження. Практичний висновок: метод із помірною валідністю виправдовує витрати, коли різниця у вартості результатів діяльності між кращими й гіршими працівниками велика (складні та ризиковані спеціальності), і не виправдовує їх для простих завдань або за високої частки придатних серед кандидатів [22].

Вік, стан, мовні та освітні можливості визначають придатність методів. Для дітей застосовують короткі вікові методики, гру, малюнок, опитування батьків і педагогів; для осіб з обмеженою освітою – прості формулювання; для осіб у гострому стресі, виснаженні чи після контузії – стислі методики й мінімум когнітивно складних завдань. Для військовослужбовців, рятувальників і поліцейських доцільно використовувати інструменти, перевірені на вибірках відповідної професійної групи, з урахуванням службового контексту [7; 20].

Час і місце проведення впливають на якість даних. Тестування в шумному приміщенні, після безсонної ночі чи перед важливою подією дає зміщені результати. У польових умовах та в пунктах допомоги стандартизація обмежена, тому результати розглядають як орієнтовні й повторюють у сприятливіших умовах. Фіксація умов проведення є частиною протоколу обстеження.

Бажаність відповідей – суттєва проблема відбору й експертизи. Коли від результату залежать посада, виплати чи свобода, виникає схильність до самопредставлення у вигідному світлі (дисимуляція) або перебільшення симптомів (симуляція). Для контролю застосовують шкали достовірності (у MMPI-2 це шкали L, F, K, VRIN і TRIN, що фіксують відповідно спробу

створити позитивне враження, нечасті відповіді, захисність, непослідовність і тенденцію до однозначних відповідей), методики з вимушеним вибором, перехресні перевірки з іншими джерелами й структуровану бесіду.

Етичний вибір методу ґрунтується на принципах безпеки досліджуваного й користі результату. Методику не застосовують, якщо вона може завдати шкоди без очікуваної користі, якщо фахівець не має необхідної кваліфікації, якщо немає можливості надати зворотний зв'язок і подальшу допомогу, або якщо результати можуть бути використані не за призначенням. Окремої уваги потребує обмеження доступу до тестових матеріалів і ключів, адже оприлюднення спотворює результати наступних обстежень.

Дистанційне й цифрове тестування розширило вибір, але вимагає додаткових застережень: неконтрольоване середовище, можливість підказок, технічні збої, захист даних, відсутність безпосереднього спостереження. Для відбору й експертизи дистанційний формат використовують із підтвердженням особи й додатковою очною перевіркою. Для скринінгу та моніторингу він є прийнятним за наявності стандартизованих інструкцій і захищеного каналу.

Типові помилки добору: використання складного опитувальника для особи в гострому стані; застосування дитячої методики для підлітка без норм; використання проєктивного методу як єдиного джерела висновку; перенесення результатів вимірювання симптомів на висновок про професійну придатність; використання нерелевантних норм; застосування методики без підготовки; фіксація на одній методиці за наявності розбіжних даних [14; 22].

Контрольний перелік добору інструментарію. Перед вибором інструмента фахівець відповідає на низку питань. Яке рішення має підтримати результат? Чи відповідає конструкт методики питанню? Чи існує версія мовою досліджуваного й чи перевірена її якість? Чи є норми для групи досліджуваного (вік, стать, освіта, служба)? Які надійність і валідність підтверджені на цій групі? Який час проведення й чи є ресурси для його забезпечення? Яка кваліфікація потрібна користувачу, і чи є вона в нього? Чи є шкали

достовірності й чи доречні вони в цьому контексті? Які ризики для досліджуваного й чи є план підтримки? Як результати будуть використані й передані? Позитивна відповідь на всі питання є підставою для використання методики. Негативна відповідь на хоча б одне з ключових вимагає заміни інструмента або чітких застережень у висновку [9; 16].

Формати завдань і відповідей. Формат завдань визначає джерела систематичних похибок. Закриті завдання (вибір із запропонованих варіантів) забезпечують стандартизацію й швидкість опрацювання. Шкали типу Лайкерта (п’яти- або семибальні) дають порядкові дані, які за достатньої кількості пунктів розглядають як інтервальні. Їх спотворюють тенденція до згоди з твердженнями та до крайніх або середніх відповідей, тому частину пунктів формулюють у зворотному напрямі. Примусовий вибір з рівноцінних за бажаністю альтернатив знижує соціально бажане відповідання, але дає іпсативні показники: бали різних шкал взаємозалежні, їх можна порівнювати всередині профілю однієї особи, а не між особами. Відкриті завдання дають змістовий матеріал, проте потребують кодування за критеріями. Завдання на виконання (розв’язання завдань із фіксацією правильності й часу) вимірюють максимальну продуктивність. Вони менше залежать від самозвіту, але чутливі до втоми, мотивації й умов тестування.

Скринінг і поглиблена діагностика. Скринінг психічного здоров’я спирається на короткі стандартизовані методики (за типом PHQ-9 і GAD-7, PDS-5, PSS-sr, PCL-5). Його результат є попереднім і не замінює поглибленої діагностики, а добір методів потребує врахування їхніх меж та особливостей комп’ютерних версій. Принципи клініко-психологічної діагностики додатково систематизовано в підручнику з основ клінічної психології. Крім того, для стрес-асоційованих станів добір інструментів можна орієнтувати на додатки до українського клінічного протоколу: скринінговий опитувальник на ПТСР, CAPS-5, шкалу CATS для опікунів дітей віком 3–6 років і DASS-21.

Пошук методик та настанов. Для пошуку адаптованих українською мовою методик, клінічних настанов і методичних матеріалів корисні електронний архів університету, фонди Національної бібліотеки України імені В. І. Вернадського, видання Інституту психології імені Г. С. Костюка та база клінічних настанов МОЗ України.

Ключові поняття теми: *тест здібностей і досягнень; опитувальник самозвіту; проєктивна техніка; нормативно- та критеріально-орієнтована методика; психофізіологічні методи; нейропсихологічні методи; діагностична батарея; принцип конвергенції; соціальна бажаність відповідей; шкали достовірності; номотетичний і ідіографічний підходи.*

Питання для самоперевірки

1. За якими підставами класифікують методи психодіагностики? Наведіть приклади інструментів кожної групи.

2. У чому полягають переваги й обмеження опитувальників самозвіту та проєктивних методів?

3. Які психофізіологічні показники застосовують для оцінювання функціонального стану і які обмеження вони мають?

4. Які нейропсихологічні інструменти використовують для скринінгу когнітивних порушень після вибухових травм?

5. Що таке діагностична батарея, за яким принципом визначають її склад і порядок застосування?

6. Як шкали достовірності MMPI-2 допомагають контролювати соціально бажані відповіді?

7. З яких кроків складається алгоритм добору методик для конкретного запиту?

8. Чим відрізняються номотетичний та ідіографічний підходи в діагностиці та як це впливає на добір методів?