Тема 4. Етика та процедура діагностичного обстеження

План лекції

4.1. Запит, інформована згода й конфіденційність: хто, що і навіщо отримує

4.2. Умови проведення, інструкція й порядок обстеження, особливості роботи з неповнолітніми й людьми в гострому стресі

4.3. Діагностичний висновок, документація, зберігання та передача результатів, захист тестових матеріалів

Література: [9, 14, 15, 16, 20, 22, 25]

4.1. Запит, інформована згода й конфіденційність: хто, що і навіщо отримує

Етика психодіагностики є системою норм, що регулюють відносини між діагностом, досліджуваним і замовником обстеження. Її основу становлять принципи автономії особи, благодіяння, незаподіяння шкоди, справедливості та професійної компетентності. Міжнародні й національні професійні кодекси (метакодекс Європейської федерації психологічних асоціацій, етичні принципи психологів, настанови Міжнародної комісії з тестування) конкретизують ці принципи вимогами щодо добровільності, конфіденційності, чесності, обґрунтованості методів і відповідальності за наслідки використання результатів [9; 14]. У державній і відомчій практиці вони доповнюються внутрішніми положеннями про роботу психологічних служб, які встановлюють порядок доступу до результатів і форму висновків.

Історично принцип інформованої згоди сформульовано в Нюрнберзькому кодексі (1947) та Гельсінській декларації Всесвітньої медичної асоціації (1964). Бельмонтська доповідь (1979) закріпила три принципи: повагу до особи, благодіяння й справедливість. Метакодекс Європейської федерації

психологічних асоціацій ґрунтується на чотирьох принципах: повага до прав і гідності особи, компетентність, відповідальність, цілісність. Етичні принципи Американської психологічної асоціації охоплюють благодіяння та незаподіяння шкоди, вірність і відповідальність, чесність, справедливість, повагу до прав і гідності. Настанови Міжнародної комісії з тестування щодо використання тестів визначають вимоги до відповідального застосування: етичність, компетентність, добір методик за якістю й доцільністю, належне проведення, коректна інтерпретація та повідомлення результатів.

Застосовуючи ці принципи, етичний аналіз психодіагностичної ситуації починають з ідентифікації сторін. Клієнтом є особа, яка отримує допомогу за власним запитом, а замовником – організація або посадова особа, яка ініціює обстеження (командир чи керівник підрозділу, начальник служби або зміни, роботодавець, суд, страхова компанія). Коли замовник і досліджуваний – різні особи, виникає подвійна лояльність: психолог відповідає перед обома, а інтереси можуть розходитися. Розв’язання полягає в тому, щоб на початку роботи чітко визначити, хто є користувачем результатів, яку інформацію він отримає й у якій формі, та повідомити це досліджуваному.

Етичне рішення в складній ситуації, зокрема за подвійної лояльності, ухвалюють за такою послідовністю: визначення проблеми та її учасників; виявлення принципів, що вступили в колізію; перевірка відповідності професійним кодексам і внутрішнім положенням; формулювання альтернативних дій; консультація зі супервізором чи досвідченим колегою; ухвалення рішення з обґрунтуванням; документування й оцінка наслідків. Рішення, прийняте без консультації в разі подвійної ролі або ризику для безпеки, вважають недостатньо обґрунтованим.

Діагностичний запит оцінюють за двома критеріями: чи відповідає він компетентності психолога та чи може бути виконаний за допомогою валідних методів. Етично неприпустимо братися за запити, які неможливо виконати науково обґрунтованим способом (наприклад, «визначити, хто з працівників чи

військовослужбовців схильний до зради» чи «виявити брехуна за тестом»), або ті, що передбачають використання результатів на шкоду особі. У такому випадку психолог переформульовує запит у відповідне діагностичне питання або відмовляється від його виконання з поясненням причини [14; 16].

Інформована згода є центральною процедурою етичної діагностики. Її складники: інформація (мета обстеження, перелік методів і приблизна тривалість, хто отримає результати й у якому вигляді, наслідки участі та відмови, межі конфіденційності, право припинити участь), розуміння (особа переказує суть, а фахівець перевіряє правильність розуміння), добровільність (відсутність тиску та залякування) і дієздатність. Згоду документують підписаною формою або записом у протоколі. У разі неповнолітніх потрібна згода законних представників і відповідна форма пояснення для самої дитини [20].

Розуміння інформації як складник згоди перевіряють методом зворотного пояснення: особу просять переказати своїми словами, у чому полягає обстеження, хто отримає результати і що вона може відмовитися. Якщо переказ неточний, пояснення повторюють простішою мовою. Окрему згоду отримують на аудіо- та відеозапис, залучення спостерігачів, використання знеособлених даних у навчанні чи дослідженні. Відмова від запису не впливає на право отримати допомогу.

Дієздатність до згоди оцінюють за чотирма здатностями (А. Грісо, П. Аппельбаум): розуміння наданої інформації, усвідомлення її значення для власної ситуації, раціональне зіставлення варіантів, формулювання власного вибору. Гострий стрес, інтоксикація, виражена тривога, наслідки черепно-мозкової травми можуть знижувати ці здатності. Тоді обстеження відкладають або згоду підтверджують повторно після стабілізації. Особа має право на відмову від обстеження загалом чи окремих методів, на отримання результатів і на повторну незалежну оцінку. У відбіркових обстеженнях має право на оскарження висновку у встановленому порядку.

У службових умовах добровільність має особливості: військовослужбовець, рятувальник чи поліцейський може сприймати обстеження як обов’язок за наказом або умову допуску до роботи. Етичним способом розв’язання цього конфлікту є розмежування обов’язкових обстежень (професійно-психологічний відбір, періодична оцінка готовності) та консультативних. Для обов’язкових обстежень особі повідомляють про їх статус, мету й порядок використання результатів, а за можливості забезпечують альтернативні форми допомоги, що не залежать від наказу. Таке роз’яснення зменшує опір і підвищує достовірність відповідей.

Ризик викривлення відповідей у військовому, рятувальному й правоохоронному середовищі зростає через побоювання наслідків для кар’єри. Тому обстежуваному роз’яснюють, хто є отримувачем результатів і які рішення можуть на них ґрунтуватися. Результати психологічного обстеження не використовують як підставу для дисциплінарної відповідальності. Цю умову проголошують до початку обстеження, оскільки без неї самозвітні шкали втрачають валідність.

Іншою ключовою вимогою є конфіденційність, яка означає обов’язок не розкривати отриману інформацію без згоди особи. Межі конфіденційності визначаються безпосередньою загрозою життю й здоров’ю особи чи інших, законними вимогами уповноважених органів і умовами службової діяльності. Психолог інформує досліджуваного про ці межі до початку обстеження. Передаються лише відомості, необхідні для розв’язання поставленого завдання (принцип мінімально необхідного обсягу), без подробиць особистого життя [9].

З конфіденційністю пов’язане й опрацювання даних про психічний стан, яке підпорядковане принципам: законності підстав, цільового обмеження (дані використовують лише для заявленої мети), мінімізації обсягу, точності, обмеження строку зберігання, цілісності та конфіденційності. Дані про стан здоров’я належать до особливої категорії, що потребує посиленого захисту. Знеособлення передбачає остаточне усунення ідентифікаторів, а

псевдонімізація – заміну їх кодом із окремим зберіганням ключа. Особа має право на ознайомлення зі своїми даними й виправлення недостовірних відомостей.

Подвійні ролі становлять окремий етичний ризик. Психолог не поєднує функцій терапевта й експерта щодо однієї особи, не проводить обстеження колег, друзів або родичів, не поєднує оцінювання придатності з наданням допомоги тій самій особі без необхідності. Якщо подвійна роль неминуча (малі підрозділи, віддалені локації, невеликі громади, гуманітарні місії), її явно обговорюють з особою й керівництвом, а потенційний вплив на довіру враховують під час інтерпретації [14].

Компетентність є етичним та фаховим критерієм: психолог застосовує лише ті методики, у яких пройшов підготовку, і знає межі інтерпретації. Підтримання компетентності передбачає супервізію, навчання й актуалізацію знань щодо змін у нормах і версіях інструментів [16].

Супервізія є способом підтримання якості й безпеки: індивідуальна (розбір конкретних випадків з досвідченим колегою), групова (інтервізія) та адміністративна (контроль процедур). У діагностичній практиці її проводять регулярно, а складні й ризикові випадки обговорюють негайно. Окремий ризик становить фінансовий та інший конфлікт інтересів (зацікавленість у продажу методик, підготовці чи платних послугах, залежність від рішення замовника): його розкривають, а якщо неможливо усунути, відмовляються від виконання запиту.

Вимоги до компетентності конкретизують рівні кваліфікації користувача: у міжнародній практиці їх розрізняють три. До першого належать інструменти, що не потребують спеціальної підготовки (прості скринінгові шкали зі стандартним ключем). До другого – методики, які потребують знань із психометрики й діагностики (групові тести здібностей, особистісні опитувальники). До третього – інструменти, що вимагають поглибленої підготовки й супервізованої практики (індивідуальні інтелектуальні шкали,

структуровані клінічні інтерв'ю, багатовимірні опитувальники психопатології, проєктивні методики). Користувач відповідає за відповідність власної кваліфікації рівню методики. Особа без неї може проводити обстеження лише під контролем кваліфікованого фахівця, який несе відповідальність за висновок.

Структура форми інформованої згоди та протоколу обстеження. Типова форма інформованої згоди на психодіагностичне обстеження містить такі елементи: ідентифікація фахівця та установи; мета й характер обстеження простою мовою; перелік методів і орієнтовний час; відомості про те, хто є замовником і хто отримає результати; форма результатів (висновок, а не сирі дані); межі конфіденційності (загроза життю, вимоги закону, службові вимоги); можливі незручності (емоційно складні питання); користь для особи; право відмовитися або перервати без негативних наслідків (де це можливо); умови зберігання даних і строки; контакти для питань і скарг; підпис особи й дата. Для неповнолітніх додають підпис законного представника й форму пояснення, зрозумілу дитині [20].

Протокол обстеження фіксує: дату, час, місце; склад присутніх; умови (шум, перерви, відхилення); використані методики й версії; поведінку досліджуваного, мотивацію, співпрацю; відповіді й бали; нестандартні події (втома, афективні реакції, технічні збої); результат контролю достовірності; висновок; рекомендації; перелік осіб, яким передано результати. Протокол дає змогу іншому фахівцю відтворити й перевірити висновок та є захистом як для особи, так і для психолога [9].

Результати консультації та спостереження зручно структурувати за схемою SOAP: суб'єктивні відомості (скарги, анамнез зі слів особи), об'єктивні дані (спостереження, результати тестів), оцінка (інтерпретація, ризики, гіпотези) та план (рекомендації, наступні кроки). Така структура відокремлює факти від інтерпретацій і полегшує перевірку висновку іншим фахівцем.

Етичні вимоги до діагноста. У методичних рекомендаціях з психодіагностики до етичних вимог віднесено конфіденційність,

компетентність, доступ до тестових матеріалів і права клієнта [15]. Результат скринінгу має попередній характер і не повинен подаватися як діагноз. Досліджуваному роз'яснюють межі методів та особливості комп'ютерних версій [16].

4.2. Умови проведення, інструкція й порядок обстеження, особливості роботи з неповнолітніми й людьми в гострому стресі

Умови проведення обстеження визначають якість даних і безпеку досліджуваного. Приміщення має бути тихим, добре освітленим, із забезпеченим захистом приватності; робочий простір – зручним; час – узгодженим з режимом дня особи (не одразу після виконання бойового чи рятувального завдання, виклику або зміни, не за ознак виснаження). Для методик, що мають часові обмеження, дотримуються точного хронометражу. Усі відхилення від стандартних умов (шум, перерви, використання допоміжних засобів, зміна інструкції) фіксують у протоколі, оскільки вони впливають на інтерпретацію.

Для військовослужбовців і працівників екстремальних професій додатково враховують наближеність до бойового чи рятувального завдання, недосипання, фізичне виснаження, вплив гострого стресу та можливий прийом лікарських засобів. У таких умовах застосовують скорочену процедуру, а результати інтерпретують з поправкою на стан. Повторне обстеження в сприятливіших умовах проводять до ухвалення рішень зі значущими наслідками.

Діагностика цивільних постраждалих і рятувальників на місці події. Під час надзвичайних подій (пожежа, повінь, техногенна аварія, масові ураження) обстеження проводять у наметах, пунктах незламності, на пунктах збору й у стаціонарах. Умови приватності обмежені, а люди перебувають у гострому стані. Тому застосовують найкоротші скринінги, передусім для виявлення ризику для життя, а комплексну діагностику відкладають до стабілізації. Для рятувальників, медиків і волонтерів обстеження після виклику проводять у

безпечному місці, з гарантією, що результати не вплинуть на допуск до роботи без окремої процедури.

Стандартизованою є й інструкція: її зачитують дослівно в тому вигляді, як передбачено автором методики, без пояснень, що змінюють завдання. Перед початком проводять тренувальні приклади, де це передбачено. З'ясовують, чи зрозумів досліджуваний завдання. Заохочення й коментарі під час виконання нейтральні й однакові для всіх. Для тестів із часовими обмеженнями недопустима «допомога» під час виконання, а для опитувальників – коментування змісту завдань, які можуть вплинути на відповіді [9; 22].

Порядок обстеження охоплює етапи: встановлення контакту й пояснення мети; отримання згоди; збір анамнестичних відомостей і з'ясування стану (сон, вживання речовин, ліки, нещодавні події); застосування методик у запланованій послідовності; завершальна бесіда з оцінкою самопочуття досліджуваного; домовленість про зворотний зв'язок. Особливу увагу надають завершенню: після емоційно напружених методик забезпечують час на відновлення й перевіряють, чи немає потреби в підтримці [20].

Робота з неповнолітніми потребує додаткових запобіжників. Необхідні згода законних представників та погодження дитини в доступній формі. Мова й тривалість методик відповідають віку. Використовують гру, малюнок, короткі завдання. Присутність батьків залежить від віку й мети (підліткам доцільно забезпечити приватність частини бесіди). Конфіденційність обмежується ситуаціями ризику для життя й безпеки дитини (насильство, самоушкодження), про що повідомляють у відповідній формі. Результати передають батькам і педагогам у доступному вигляді без непотрібних діагностичних ярликів [14].

Робота з особами в гострому стресі вимагає пріоритету безпеки й потреб над діагностикою. Якщо особа дезорієнтована, сильно збуджена або заціпеніла, обстеження відкладають і забезпечують базову допомогу: безпеку, тепло, воду, контакт із близькими, спокійну розмову. Діагностичні методи обирають мінімально навантажувальні (спостереження, коротка бесіда, одна-дві

скринінгові шкали), без розпитування про деталі травматичної події. Інформацію, що не є необхідною для негайних рішень, збирають пізніше.

Особливості забезпечення етичності розпитування про травму: фахівець не вимагає розповіді про подробиці події, якщо вони не потрібні для діагностичного завдання; пояснює, що особа може пропустити питання й зупинити обстеження; контролює стан досліджуваного (дихання, мова, ознаки дисоціації або паніки); у разі погіршення застосовує прийоми стабілізації та переривання; після обстеження повертається до безпечної теми й забезпечує подальший контакт.

Діагностика серед осіб з особливими потребами (порушення слуху, зору, мовлення, моторики) потребує адаптованих форм: збільшений шрифт, жестова мова, усні форми замість письмових, збільшений час, допоміжні технології. Використання адаптацій має бути зафіксовано, а інтерпретація – враховувати, що нормативні дані могли бути отримані за інших умов. Міжнародні настанови щодо тестування передбачають такі «розумні пристосування» без порушення вимірюваного конструкту [22].

Розрізняють пристосування, що не змінюють вимірюваного конструкту (збільшення шрифту, додатковий час для тестів на точність, усна форма подання інструкції), і модифікації, що змінюють його (скорочення завдань, зміна змісту). Результати, отримані з модифікаціями, не зіставляють із нормами без застережень, а факт зміни фіксують у висновку.

Мовні й культурні чинники вимагають обережності: психолог не використовує родича чи колегу як перекладача діагностичного обстеження, не робить висновків на основі норм іншої культури без перевірки, враховує різне значення понять (наприклад, ставлення до психічних симптомів) і особливості комунікації. Для двомовних осіб добирають мову методики відповідно до мови, якою особа користується в повсякденні й у професії [25].

Контрольний перелік стандартизації проведення. Перед початком: перевірено наявність актуальних бланків, ключів і норм; приміщення відповідає

вимогам; особу інформовано й отримано згоду; з’ясовано сон, вживання речовин і ліків, самопочуття; зафіксовано сенсорні й мовні особливості. Під час: інструкцію зачитано дослівно; часові обмеження дотримано; підказки не надавалися; відхилення зафіксовано; стан досліджуваного контрольовано; за потреби проведено перерви. Після: перевірено повноту відповідей; виконано підрахунок за ключем; інтерпретацію виконано щодо відповідних норм; проведено завершальну бесіду, перевірено самопочуття; визначено порядок зворотного зв’язку. Контрольний перелік скорочує кількість процедурних помилок і є основою внутрішнього аудиту якості [9; 16].

Види обстежень за метою. Розрізняють такі види: профілактичне (виявлення груп ризику), клінічне (з’ясування стану під час звернення), відбіркове (оцінка придатності), експертне (відповідь на питання сторони, що призначила експертизу), моніторингове (спостереження в динаміці), дослідницьке. Кожен вид визначає баланс інтересів: у відбіркових і експертних обстеженнях інтереси обстежуваного та замовника можуть розходитися, що посилює вимоги до прозорості та неупередженості.

4.3. Діагностичний висновок, документація, зберігання та передача результатів, захист тестових матеріалів

Діагностичний висновок – основний документ обстеження. Його структура містить: підстави й мету обстеження; відомості про особу й умови; перелік застосованих методів із зазначенням версій; результати за методиками (бали, нормовані показники, інтервали); інтегративну інтерпретацію; відповіді на поставлені питання; обмеження достовірності й застосовності; рекомендації; дату, підпис, контактні дані. Мова висновку залежить від адресата, але зміст базується на тих самих даних: для лікаря – клінічно орієнтований, для керівника (командира) – функціональний і практичний, для особи – зрозумілий і підтримувальний.

Формулювання висновку відповідають принципам обережності: описовість замість ярликів («виявлено ознаки… за результатами скринінгу»), ймовірнісні формулювання, вказівка на обмеження, відмова від висновків, які не підтверджені даними (наприклад, прогноз поведінки в бойових чи рятувальних умовах на підставі єдиного тесту). Висновок не містить діагнозів, що належать до компетенції лікаря, не містить непотрібних подробиць особистого життя й оцінних суджень [14].

Повідомляючи результати когнітивних та інтелектуальних тестів, подають діапазон та категорію (наприклад, «середній діапазон») із поясненням похибки, а не лише числове значення. Особливо уважно повідомляють результати, які можуть сприйматися як вирок («низький рівень»), пояснюючи їх зв’язок з умовами обстеження й конкретними сферами функціонування. Бали й профіль не передають особі без пояснення фахівця, оскільки тлумачення без підготовки спотворює зміст [20].

Автоматизовані (комп’ютерні) інтерпретації є допоміжними: їх зміст перевіряє фахівець на відповідність даним обстеження, анамнезу й контексту, а відповідальність за висновок несе психолог, а не програма. Вказівки на нещирість відповідей (непослідовність, надмірне заперечення проблем, перебільшення симптомів) формулюють нейтрально («профіль містить ознаки зниженої достовірності»), без звинувачень у симуляції чи брехні. Питання про цілеспрямоване спотворення належить до експертної оцінки і потребує підтвердження незалежними даними.

Усний зворотний зв’язок має три етапи: підготовка (з’ясування очікувань і розуміння мети обстеження), повідомлення (результати простою мовою, їх значення й обмеження, сильні сторони та ресурси) і обговорення (емоційна реакція, запитання, узгодження подальших кроків). У групових обстеженнях результати подають лише в агрегованому вигляді. Мінімальна кількість осіб у групі, за якої допустимо повідомлення показників, не менша за п’ять.

Документація обстеження охоплює бланки згоди, протоколи спостереження, відповіді досліджуваного, результати підрахунку, чернетки висновків. Записи ведуть так, щоб інший кваліфікований фахівець міг відтворити результат. Вимоги до зберігання: обмежений доступ, захист у шафах або в захищених електронних системах із журналом доступу, визначені строки зберігання відповідно до відомчих положень, безпечне знищення після їх закінчення. Електронні файли захищають паролями й шифруванням. Пересилання результатів незахищеними каналами недопустиме [9].

Передача результатів здійснюється за згодою особи або в межах, визначених її попереднім інформуванням. Керівникам, лікарям, соціальним службам передають висновок, а не сирі дані. Сирі дані (відповіді, протоколи) передають лише кваліфікованим фахівцям, які зможуть коректно їх інтерпретувати. Усні повідомлення обмежені тими самими межами, що й письмові. Обговорення випадку з колегами здійснюється без ідентифікаторів особи.

Загалом зворотний зв’язок досліджуваному є етичним обов’язком і елементом якості процедури. Він містить стислий опис отриманих даних, пояснення їхнього значення, наголос на ресурсах і сильних сторонах, рекомендації й можливості допомоги, відповіді на запитання. Виклад поєднує чесність і підтримку: не приховує значущої інформації, але й не залишає особу з безпідставним ярликом. Коли висновок несприятливий, його повідомляють у безпечних умовах із пропозицією подальших кроків [20].

Захист тестових матеріалів належить до професійної відповідальності. Стимульні матеріали, ключі, нормативні таблиці, завдання тестів не оприлюднюють у відкритому доступі й не передають неспеціалістам, адже ознайомлення з ними знецінює результати майбутніх обстежень (ефект тренування, навмисне спотворення). Водночас поширення загальної інформації про сутність методів і порядок обстеження є доцільним і не порушує вимог безпеки. Видавці та власники авторських прав можуть встановлювати додаткові

обмеження, а використання піратських копій і неліцензійних програм є порушенням етики [14; 22].

Відповідальність фахівця охоплює також використання застарілих версій, норм і ключів; працю за межами компетенції; використання методик без належного дозволу; продовження обстеження без мотивації досліджуваного; використання результатів з іншою метою, ніж заявлена. Системні запобіжники: регулярні супервізії, внутрішній перегляд висновків, стандартні операційні процедури, журнали обстежень, навчання персоналу.

Окремий складник етики – оцінювання ризику й обов'язок діяти: у разі виявлення безпосередньої загрози життю (суїцидальні наміри з планом, наміри заподіяти шкоду іншим, ознаки насильства щодо дитини) психолог не обмежується діагностикою, а негайно вживає заходів безпеки: залишається з особою, залучає лікаря, керівника чи рідних, забезпечує передачу інформації за встановленим порядком, документує дії. Це положення не суперечить конфіденційності, оскільки її межі було роз'яснено заздалегідь.

Дистанційне обстеження потребує додаткових заходів безпеки: підтвердження особи, з'ясування місця перебування й контактів екстрених служб до початку, окремої згоди на дистанційний формат, захищеного каналу зв'язку, плану дій у разі переривання зв'язку під час кризи. Якщо ризик для життя виявлено дистанційно, психолог зберігає контакт, вживає заходів для залучення екстрених служб за визначеним порядком і документує дії.

Контроль доступу, зберігання й передача даних: практична схема. Доцільно застосовувати трирівневу схему доступу. Рівень 1 (сирі дані): відповіді, протоколи, бланки – доступні лише кваліфікованому фахівцю, який проводив обстеження, і керівникові служби з метою контролю якості. Зберігаються окремо в замкненому сховищі або у захищеній системі з журналом доступу. Рівень 2 (висновки): доступні уповноваженим користувачам за призначенням (лікар, керівник у межах функціональної довідки). Рівень 3 (агреговані дані): для керівництва й наукових цілей. Дані знеособлені, з

мінімальною кількістю осіб у групі, щоб унеможливити ідентифікацію. Усі передачі даних фіксують із зазначенням мети, адресата й дати. Знищення матеріалів після завершення строку здійснюється за актом [9].

Облік обстежень ведуть у журналі, що фіксує код випадку, дату, мету, використані методи, виконавця, адресата висновку і дату його передачі. Журнал дає змогу відтворити хід роботи, виявити факти неправомірного доступу та підтвердити дотримання строків зберігання. Звіти для управлінських рішень складають з використанням кодів замість прізвищ.

Складники висновку. Підсумок психодіагностичної роботи оформлюють як висновок, що поєднує діагностичну оцінку, рекомендації та протокол обстеження [15]. Крім того, результати, що стосуються стрес-асоційованих станів, у медичній практиці співвідносять із вимогами українського клінічного протоколу.

Ключові поняття теми: *етичний кодекс психолога; подвійна лояльність; інформована згода; конфіденційність і її межі; подвійні ролі; стандартизована інструкція; діагностичний висновок; зворотний зв'язок; захист тестових матеріалів; принцип мінімально необхідного обсягу; права клієнта; доступ до тестових матеріалів.*

Питання для самоперевірки

1. Які етичні принципи становлять основу психодіагностичної діяльності?
2. Що таке подвійна лояльність і як її розв'язують під час роботи на замовлення керівника (командира, роботодавця)?
3. Які складники містить інформована згода і які особливості вона має в службових умовах?
4. Які межі конфіденційності і яку інформацію передають замовникові?
5. Яких запобіжників потребує обстеження неповнолітніх і осіб у гострому стресі?

6. Яка структура діагностичного висновку і які вимоги до його формулювання?

7. Чому обмежують доступ до тестових матеріалів і які вимоги до зберігання документації?

8. Які етичні вимоги до діагноста визначають методичні рекомендації та чому результат скринінгу не є діагнозом?