

ТЕЗИСНЫЕ МАТЕРИАЛЫ
Первой установочной конференции
Общественной организации "Всеукраинская психодиагностическая
ассоциация"



ВПА | 1

СОДЕРЖАНИЕ

МОЖЛИВОСТІ ТА ПЕРСПЕКТИВИ ПРЕВЕНТИВНОЇ ПСИХОДІАГНОСТИКИ ГРОМАДЯН УКРАЇНИ.....	2
ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОЕКТИВНЫХ МЕТОДОВ	4
БАГАТОВИМІРНЕ МОДЕЛЮВАННЯ ЯК НОВА ПСИХОМЕТРИЧНА ПАРАДИГМА ОСОБИСТІСНОЇ ДІАГНОСТИКИ	7
ДІАГНОСТИЧЕСКИЙ МАРШРУТ ДЛЯ ВИЯВЛЕННЯ АУТИЗМА	9
ДИТЯЧИЙ АУТИЗМ: ДІАГНОСТИКА ТА ТЕРАПЕВТИЧНІ СТРАТЕГІЇ.....	12
ДІАГНОСТИКА РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ ЗА ДОПОМОГОЮ ОПИТУВАЛЬНИКА EDI-3	14
ШКАЛА АДАПТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ VINELAND. МОЖЛИВОСТІ ТА ПЕРСПЕКТИВИ ВИКОРИСТАННЯ.....	23
МІННЕСОТСЬКИЙ БАГАТОАСПЕКТНИЙ ОСОБИСТІСНИЙ ОПИТУВАЛЬНИК, ДРУГА ВЕРСІЯ (MMPI-2).....	25
ПРОФОРИЕНТАЦИОННАЯ ПСИХОДІАГНОСТИЧЕСКАЯ МЕТОДИКА ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ SDS-5.27 ПОДХОД К ОЦЕНКЕ ПЕРСОНАЛА В HUMAN DEVELOPMENT UNIT.....	30
ФАКТОРЫ, ЛЕЖАЩИЕ В ОСНОВЕ УМЫШЛЕННОЙ ФАЛЬСИФИКАЦИИ ДАННЫХ И УСТАНОВОЧНОГО ПОВЕДЕНИЯ ИСПЫТУЕМЫХ В ПСИХОЛОГИЧЕСКОМ ТЕСТИРОВАНИИ .	31
ОСОБЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ ІНСТРУМЕНТІВ ПСИХОДІАГНОСТИКИ ПРИ ПРОВЕДЕННІ КОНКУРСНИХ ВІДБОРІВ ДО ДЕРЖАВНИХ ОРГАНІВ	34

Київ

16-17 вересня 2016



МОЖЛИВОСТІ ТА ПЕРСПЕКТИВИ ПРЕВЕНТИВНОЇ ПСИХОДІАГНОСТИКИ ГРОМАДЯН УКРАЇНИ

POSSIBILITIES AND PROSPECTS PREVENTIVE PSYCHODIAGNOSTICS CITIZENS OF UKRAINE

МОРГУН Володимир Федорович, канд. псих. наук, професор кафедри психології Полтавського національного педагогічного університету імені В.Г. Короленка

Зусилля Товариства психологів України, на чолі з академіком С.Д. Максименком, і всіх психологічних осередків України, що спрямовані на створення Психологічної служби України, заслуговують на велику повагу, але без стабільного та передбачуваного попиту держави й громадян на психологічні послуги нас чекає велика невизначеність у перспективі.

Наприклад, чому справедливо проголошений особистісний підхід в освіті звузився до ЗНО (навіть характеристики-рекомендації на випускників середніх шкіл, що повинні складати і підписувати також й шкільні психологи, переважну більшість ВНЗ не цікавлять?). Чому під час набору в нову поліцію значно розширено спектр методик психодіагностики (і це правильно!), але експертні оцінки людей, що добре знають кандидатів на посади, стали непотрібними. Чому, після подачі заяв на реєстрацію шлюбу ми, замість того, щоб проводити обстеження пар на психологічну сумісність, почали реєструвати їх негайно (як у Лас-Вегасі, неначе не існує кращого досвіду інших штатів Америки).

Саме тому слід вітати заснування ГО «Всеукраїнська психодіагностична асоціація» (ВПА) і підтримати звернення академіка Л.Ф. Бурлачука до найвищих органів влади України та їх виконавчих структур щодо необхідності постійно піклуватися про законодавче розширення сфери превентивної (обов'язкової) психологічної діагностики всіх громадян держави в періоди прийняття рішення про доленосні вибори, зокрема:

- вступ до закладу дошкільної освіти;
- вступ до загальноосвітньої школи;
- вступ до закладів професійної освіти;
- прийняття на роботу;
- реєстрація шлюбу тощо.

Слід зауважити, що ці життєві вибори є доленосними не тільки для окремої особи, а й для всього соціуму. Наприклад, неадекватний вибір професії – це не тільки ризик особистого розчарування, професійного вигорання чи захворювання однієї людини, але й ризик аварійних ситуацій (аж до масштабів техногенних катастроф), що загрожують великій кількості людей.

Полтавська наукова школа «Психологія багатовимірної особистості» зробила вагомий внесок у розробку проблем психодіагностики:

Обдаровані діти: виявлення, діагностика і розвиток / за ред. В.Ф. Моргуна. – Полтава, 1995. – 165 с.

Психолого-педагогическая диагностика личности будущего учителя в системе профессиональной ориентации / автор-составитель В.Ф. Моргун. – К.: РУМК, 1990. – 64 с.

В.Ф. Моргун. Основи психологічної діагностики. Навчальний посібник / В.Ф. Моргун, І.Г. Тітов. – К.: ВД «Слово», 2009. – 462 с.

Психодіагностика особистості підлітка. Навчально-методичний посібник / за ред. О.Д. Кравченко, В.Ф. Моргуна. – К.: ВД «Слово», 2009. – 136 с.

Психодіагностика: лабораторний практикум. Навч. посібник / автори-уклад. В.Ф. Моргун, І.Г. Тітов. – Полтава: ПНПУ імені В.Г.Короленка, 2012. – 162 с.

Моргун В.Ф. Підвищення культури екзистенціальних виборів людини засобами психодіагностики / В.Ф. Моргун // Психологічна культура: види, інваріанти, розвиток. Колект. монографія [Текст] / [Боришевський М.Й., Завацька Н.Є., Карпенко З.С., Кузікова С.Б., Савчин М.В. та ін.; відп. ред. Г.Є. Улунова]. – Суми: ВВП «Мрія», 2014. – С.175-200 / 404 с.

У заключній праці описані інноваційні методики психодіагностики автора, які поповнюють арсенал засобів превентивного обстеження: під час корекції способу (стилю) життя людини (Опитувальник реального, бажаного та фантастичного бюджетів часу людини); під час вибору професійної освіти або професії (Методика багатовимірного аналізу досягнень оптанта – людини, що обирає професію: лонгітюдний та зрізовий варіанти); під час вибору супутника життя (Багатовимірний опитувальник мотивації кохання). Ці методики продемонстрували високу життєву валідність і можуть бути сертифіковані для Психологічної служби України.

ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОЕКТИВНЫХ МЕТОДОВ

THE PERSPECTIVES ON USE OF PROJECTIVE METHODS

РОДИНА Наталья Владимировна, д. псих. наук, профессор, заведующая кафедрой дифференциальной и специальной психологии ОНУ имени И.И. Мечникова,
ВИГДОРЧИК Михаил Ильич, канд. мед. наук, психолог компании "Укртехинвестгаз", руководитель Consul Group,
БИРОН Богдан Владимирович, канд. псих. наук, старший преподаватель кафедры дифференциальной и специальной психологии ОНУ имени И.И. Мечникова

На современном этапе развития психодиагностики исследователи все чаще обращаются к неклассической и постнеклассической методологиям, дающим теоретическое обоснование целостным методам оценки личности, которые завоевывает все более уверенные позиции в психологической науке. Мишенями диагностов постепенно становятся все более сложные психологические образования. В психодиагностике особое место занимают проективные методы, отношение к которым на протяжении последних ста лет менялось достаточно сильно. Если при создании первых проективных тестов на них возлагались большие ожидания в отношении их способности описывать весь комплекс индивидуально-личностных особенностей, то в середине и конце XX века эта позиция сменилась жесткой (и зачастую неоправданной) критикой. В настоящее время, по нашему мнению, преобладающим является прагматическое отношение к проективным тестам – уже достаточно четко ясны границы областей их применения. С одной стороны, уже не предполагается, что данные методики способны заменить психометрические опросники, с другой – нельзя игнорировать необходимость их использования при целостном описании личности, выявлении особенностей бессознательного, при обследовании лиц детского возраста и т.д.

В связи с этим восстанавливается интерес к проективной психологии, ведь проективные методы всегда стремились к целостному, глобальному описанию личности, а не к какому-нибудь отдельному свойству или перечислению личностных черт. Вместе с тем проективный тест – это очень утонченная и весьма сложная в применении техника, которая требует тщательного ознакомления и совершенного овладения ее приемами.

1. Одной из основных проблем проективной психологии является проблема диагностических критериев интерпретации, их теоретической обоснованности и эмпирической валидности и надежности. Так, одними из важных диагностических критериев во многих проективных методах являются нормативные (N) и оригинальные (O) решения.

В частности, в тесте Вартегга взаимоотношения между этими критериями изучались с помощью двустадийной процедуры факторного анализа. На первой стадии с помощью нелинейного анализа главных компонент проводилась трансформация переменных, на второй – проводилась процедура линейного факторного анализа с дальнейшим ортогональным вращением. Была построена двухфакторная модель и установлено, что первый фактор отражает биполярный конструкт адекватность-патологичность, а второй – биполярный конструкт оригинальность-нормативность. Соответственно в пространстве двух конструктов можно рассматривать ассоциативные реакции личности.

2. Крайне важным является вопрос операционализации специфических психологических конструктов, характеризующих глубинные личностные особенности, с помощью проективных методов. Например, в одной из работ, нами был операционализирован конструкт Эго-конгруэнтности. Были избраны интегральные параметры, которые отображали комплексные индивидуальные характеристики четырех показателей проективных методик: для метода цветочных выборов М. Люшера [2] этим показателем была аутогенная норма, для рисуночного теста Е. Вартегга [1] – следующие показатели: сумма адекватных дополнений, сумма сдвигов, разность качественных проекций. Все указанные показатели по своему психологическому содержанию описывали разные аспекты конструкта Эго-конгруэнтности. С помощью моделирования структурными уравнениями было подтверждено соответствие выбранных моделей двум выборкам: респондентам, находящимся в ситуации угрозы самоактуализации и в ситуации угрозы жизни.

3. Также актуальной является проблема создания экспресс-техник на основании существующих проективных методов, зачастую достаточно требовательных к временным ресурсам. Так, для оценки совладающего поведения была разработана проективная техника, получившая название «Метод выбора архетипических символов» (МВАС). Стимульным материалом данной техники являлись восемь рисунков теста Вартегга [1], представляющие собой расположенные на темном фоне квадраты белого цвета, содержащие соответствующие стимульные знаки. Методика была встроена в программный психодиагностический комплекс Consul Integrator. Принцип предъявления стимулов был позаимствован у Л. Н. Собчик [2], предложившей использовать процедуру парного сравнения таблиц теста Люшера, то есть предъявлять стимулы парами, чтобы исключить менее нравящийся и выделить в любой произвольно взятой паре предпочитаемый стимул. Разработанная нами проективная техника, может быть рекомендована к применению в качестве инструмента для экспресс-диагностики совладающего поведения в ситуациях оценивания. Установлена конструктивная и критериальная валидность, теоретическое обоснование получили установленные соответствия между совладающим поведением и символическим содержанием личности.

4. И, наконец, ключевым, по нашему мнению, является вопрос системных исследований, проведенных с помощью проективных методов. Как известно, в приложении теории систем к социальным наукам, как отдельно, так и параллельно, могут использоваться два методологических подхода, что позволяет

адекватно изучать любые явления и процессы. Первый из них – Hard Systems Methodology («жесткая» системная методология) включает количественные методы, второй – Soft Systems Methodology («мягкая» системная методология) [3, 4] включает качественные методы. Сочетание этих методологий с использованием комплекса проективных техник подтвердило ведущую роль бессознательных тенденций в формировании совладающего поведения именно в ситуациях экстремального стресса.

Литература:

Вартегг Э. Уровневая диагностика личности // Калинин В.К. Рисуночный тест Вартегга. – М.: Смысл, 2006. – с. 4-110.

Собчик Л.Н. Введение в психологию индивидуальности. – М.: ИПП-ИСП, 2000. – 512 с.

Checkland P. Soft Systems Methodology in Action / P. Checkland, J. Scholes. - N.Y.: John Wiley & Sons, 1999. – 272 p.

Wilson B. Soft Systems Methodology: Conceptual Model Building and Its Contribution / B. Wilson. - N.Y.: John Wiley & Sons, 2001. – 167 p.

БАГАТОВИМІРНЕ МОДЕЛЮВАННЯ ЯК НОВА ПСИХОМЕТРИЧНА ПАРАДИГМА ОСОБИСТІСНОЇ ДІАГНОСТИКИ

ВИНОГРАДОВ Олександр Геннадійович, канд. псих. наук, доцент кафедри соціології Національного Університету "Києво-Могилянська Академія"

Проблема з відтворюваністю результатів психологічних досліджень і загалом невисокі показники зв'язку між тестовими балами і зовнішніми критеріями можуть ставити під сумнів валідність методик психологічної діагностики. Один з альтернативних шляхів вирішення цієї проблеми полягає у зменшенні помилки вимірювання, проте можливості традиційних підходів до конструювання тестів майже вичерпані. Схоже, ми вже вперлися в сумнозвісний поріг 0,3 і підвищити точність вимірювання в рамках існуючої парадигми неможливо в принципі.

Все частіше в останні роки лунають заклики звертати більшу увагу на внутрішньо-індивідуальну варіативність поведінки людей у різних ситуаціях чи моментах часу як на центральну мету психологічної науки (John R. Nesselroade & Peter C. M. Molenaar, 2016). На думку багатьох дослідників, ми повинні навчитися будувати пояснювальні моделі поведінки окремих досліджуваних, а вже тільки після цього намагатися узагальнювати на їх генеральну сукупність. Методологічною основою такого підходу, з моєї точки зору, має стати багатовимірне моделювання, яке дозволяє репрезентувати людську поведінку як функцію декількох ієрархічно організованих контекстів (внутрішньо-індивідуального, малої групи і т.д.).

Другим наріжним каменем для нової психометричної парадигми мають стати дослідження з застосуванням конджойнт-аналізу і факторних експериментів в масових опитуваннях. Ці напрямки у теперішній час спрямовані перш за все на опис загальних тенденцій, характерних для сукупності в цілому або окремих груп, а не на вирішення задач індивідуальної діагностики. Важливо при цьому, що вказані підходи дозволяють створювати стимульний матеріал у відповідності до певної теоретичної структури. На мою думку, особистісні запитальники (як найбільш розповсюджені і економні інструменти) суттєво виграють з точки зору опису, пояснення і прогнозування поведінки, якщо базуватимуться на структурованому підході, характерному для факторних експериментів.

Використання факторних планів і багаторівневого моделювання дасть змогу робити висновки про пріоритетні для індивіда ситуаційні інгредієнти, на які у першу чергу звертає свою увагу індивід внаслідок тимчасово або хронічно активованих конструктів. Діагностика ситуаційних інгредієнтів може також спиратися на якісні методи, наприклад – метод ситуаційного уточнення. У поєднанні з знанням про специфічні для індивіда когнітивні і мотиваційно-ціннісні структури це забезпечує можливість прогнозувати поведінку людини в конкретних обставинах, визначаючи сукупність необхідних і достатніх умов.

Багаторівневе моделювання відкриває також перспективу обчислення показників надійності і валідності результатів тестування для кожного досліджуваного окремо, що дозволить більш прицільно поліпшувати вимірювальні інструменти, враховуючи індивідуальні особливості індивідів. Нарешті, запропонований підхід сприятиме кумулятивному характеру досліджень в галузі психології особистості, оскільки кожний окремий проект розширюватиме наше уявлення про важливі ситуаційні інгредієнти і їх взаємодію з особистісними змінними на рівні індивіда.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ МАРШРУТ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ АУТИЗМА

СЕРГЕЕВА Елена Сергеевна, руководитель направления клинических тестов Первого украинского издательства психологических тестов "ОС Украина"

Расстройства аутистического спектра - нарушения развития:

- проявляются в нарушении общения, взаимного социального взаимодействия, игры, интересов, поведения;
- проявляются в раннем возрасте;
- встречаются во всех популяциях;
- обусловлены средовыми факторами и генетическими факторами;
- очень гетерогенны;
- аутистические проявления плохо поддаются лечению/коррекции;
- чаще встречаются у мальчиков;
- бывают связаны с умственной отсталостью;
- бывают связаны с отсутствием речи;
- бывают связаны с наличием регресса;
- становятся более распространенными.

Признаки и симптомы

Ребенок с РАС может:

- избегать зрительного контакта и хотеть одиночества;
- иметь трудности в понимании чувств других людей и своих собственных;
- иметь задержку речи или языковых навыков (начать использовать слова для общения значительно позже сверстников или не использовать вовсе);
- повторять фразы или отдельные слова снова и снова;
- давать несвязные ответы на вопросы;
- расстраиваться из-за малейших изменений бытовой рутины (например, замена зубной щетки на новую);
- иметь навязчивые интересы (например, быть сильно заинтересованным в поездах);
- размахивать руками, раскачиваться, крутиться вокруг своей оси, пританцовывать;
- иметь нетипичные способы игры или использования предметов (выкладывать их в линии, крутить, повторять эти действия);
- необычно реагировать на звуки, вкусы, запахи, ощущения.

Ребенок с РАС может НЕ:

- отзываться на свое имя;
- указывать на предметы (чтобы показать заинтересованность);
- играть в игры на подражание («кормить» куклу).

Диагноз DSM-5

В области социального общения нарушения по всем критериям:

- нарушения социально-эмоциональной взаимности;
- нарушения невербальных форм поведения для социального взаимодействия;
- нарушения установления и поддержания социальных взаимоотношений и адаптации поведения к социальному контексту.

В области ограниченных интересов и повторяющихся форм поведения такие нарушения, как (минимум по двум критериям):

- стереотипные, повторяющиеся движения, речь и/или использование предметов;
- ритуализированные формы поведения, неприятие перемен;
- крайне ограниченные и фиксированные интересы;
- избыточная или недостаточная реакция на сенсорные стимулы, необычные сенсорные интересы.

Диагностический маршрут включает:

1. Историю развития.
2. Состояние в настоящее время.
3. Непосредственное наблюдение.
4. Оценку интеллектуального развития.
5. Оценку уровня развития речи
6. Оценку уровня развития адаптивных навыков.

Инструменты:

SCQ – Социально-коммуникативный опросник

40 вопросов в трех областях:

- социальное взаимодействие;
- общение;
- ограниченные, повторяющиеся и стереотипные паттерны поведения.

2 алгоритма:

- «В течение жизни» - с акцентом на возрасте 4-5 лет;
- «В настоящее время» - с акцентом на поведении в последние 3 месяца.

Для детей старше 2 лет.

CASD – Опросник расстройств аутистического спектра

30 вопросов-симптомов в 6 областях:

- проблемы с социальным взаимодействием;
- навязчивые действия (персеверации);
- телесно-чувственные (соматосенсорные) нарушения;
- отклонения в общении и развитии;
- нарушения настроения;
- проблемы с вниманием и осознанием опасности.

ADI-R – Інтерв'ю при діагностиці аутизму – пересмотренное,
 предусматривает:

- структурованне інтерв'ю;
- 93 пункта;
- 1,5 – 2 часа;
- биографические данные;
- вводные вопросы (1);
- раннее развитие (2-8);
- приобретение и утрата речи/других навыков (9-28);
- речь и коммуникация (29-49);
- социальное развитие и игра (50-59) + любимые занятия/игрушки (60-66);
- интересы и формы поведения (67-79);
- общие формы поведения (80-87) + особые изолированные способности (88-93);
- заключительные комментарии.

ADOS – Шкала наблюдения для диагностики аутизма
 полуструктурированный (semi-structured) стандартизированный план
 наблюдения за формами поведения, связанными с расстройствами аутистического
 спектра:

- общение (вербальное и невербальное);
- социальное взаимодействие;
- игра и использование материалов;
- стереотипные формы поведения и ограниченные интересы.

ДИТЯЧИЙ АУТИЗМ: ДІАГНОСТИКА ТА ТЕРАПЕВТИЧНІ СТРАТЕГІЇ

(розгляд клінічного випадку хлопчика дев'яти років з Розладами спектру аутизму та коморбідними Розладом дефіциту уваги та гіперактивністю і Затримкою мовного розвитку та вторинною когнітивною неповноправністю)

*ПОГОРІЛЯК Катерина Миколаївна, лікар-психіатр
медичного центру "Нейромед"*

Дитяча психіатрія в умовах сучасності в країнах Європи та Америки базується на засадах доказових методів діагностики та терапії, які довгий час були недоступними в Україні через їх відсутність та дефіцит кваліфікованих в цій темі спеціалістів. В зв'язку з чим діти з проблемами психічного здоров'я та їхні батьки стали заручниками ситуації, страждаючи від лікувально-діагностичних процедур.

Мати звернулась з хлопчиком 9-ти років, зі скаргами на затримку мовленнєвого розвитку, не виконує наданих інструкцій, погано засвоює програмовий матеріал школи, уникає спілкування з однолітками, надто фамільярний у спілкуванні зі старшими, не розуміє необхідності в зміні поведінці при зміні соціальних обставин. Хлопчик народився здоровим від здорової вагітності та нормальних фізіологічних пологів, у віці 3-х місяців переніс залізодефіцитну анемію. Проблеми в розвитку сина мати помітила в 2 роки коли перестав виконувати вже засвоєні навички та вимовляти слова. В послідуєчому став проявляти самоагресію, не грався в функціональну гру, проявляв стереотипні рухи та зорові стимуляції. З того часу мати зверталась до психатрів та неврологів, які призначали хлопчику прийом кортексину, пантогаму, ноофену, зі слів матері після кожного курсу такого лікування хлопчик ставав більш збудженим, не контролював сечовипускання.

При огляді відмічено проблеми з соціальною інтеграцією, не може самостійно встановлювати адекватний комунікативний зв'язок встановити, контролювати межу, при спонуканні до діалогу або спільної гри проявляє негативізм та агресію. Мова збіднена, наповнена складними ехололіями та надто фамільярними висловлюваннями, наявні проблеми з артикуляцією. В поведінці спостерігаються стереотипні рухи, які частішають при прояві як позитивних, так і негативних емоційних реакцій. Грає стереотипно, функціональна та сюжетна гра виражено збіднена. Часто проявляє зорові стимуляції.

Діагностика РАС проводилась згідно діагностичних критеріїв МКХ-10 з використанням напівструктурованого аналізу актуальної поведінки (ADOS) та напівструктурованого інтерв'ю з батьками (ADI-R). Рівень інтелекту визначено за WISC-IV. Рівень концентрації уваги та гіперактивність оцінено за NICHQ Vanderbilt Assessment Scale. Також до уваги були прийняті консультації логопеда, дитячого невролога, педіатра та ЕЕГ обстеження головного мозку.

Встановлено діагноз. Дитячий аутизм з якісним порушенням соціально-емоційної реципрокності, комунікації, селективною соціальною прихильністю,

обмеженим набором стереотипних форм поведінки, тривожно-фобічними розладами, когнітивною неповносправністю рівня легкої розумової відсталості. Змішаний розлад експресивної мови (ЗНМ – II-II ступеню) і мовної артикуляції з диспраксичними порушеннями, затримка формування шкільних навичок.

Терапевтична стратегія:

- індивідуальна програма реабілітації з акцентом на розвиток навичок соціальної аперцепції та когніції, корекцією негативних проявів поведінки, збагачення словникового запасу, розширення кола соціально-актуальних інтересів, стимуляція розвитку фантазії та креативності;
- обов'язкове відвідування загальноосвітньої школи в умовах інклюзивного навчання;
- лікувальне харчування: дієта з обмеженням продуктів харчування, що містять глютен та казеїн, омега-3 поліненасичені жирні кислоти;
- терапія психостимулянтами;
- постійний контроль дитячого психіатра.

ДІАГНОСТИКА РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ ЗА ДОПОМОГОЮ ОПИТУВАЛЬНИКА EDI-3

EVALUATION OF EATING DISORDERS BY EDI-3 QUESTIONNAIRE

ЛОНСЬКА Єлизавета Валеріївна, канд. псих. наук, менеджер R&D відділу
Першого українського видавництва психологічних тестів «ОС Україна»

Актуальність застосування психодіагностичного інструменту.

Опитувальник EDI-3 – один із небагатьох психодіагностичних інструментів, які оцінюють ризик виникнення та ступінь розладів харчової поведінки. Враховуючи сучасні тенденції в теорії РХП (розладів харчової поведінки), оцінюються не лише власне ризики розвитку харчової поведінки, а й психологічні передумови таких розладів.

Серед переваг опитувальнику слід зазначити покращений процес підрахунку балів, який позитивно впливає на реєстрацію симптомів. Також важливо вказати, що у даному опитувальнику присутні шкали валідності, які оцінюють щирість респондентів.

Покращений варіант опитувальнику дозволяє психологічно оцінити найбільш вразливі верстви населення, зокрема, молодь та підлітків.

Опитувальник є корисним як для зацікавлених у власній вразливості до розладів харчової поведінки, так і для терапевтів, які спеціалізуються на проблематиці розладів харчової поведінки.

За допомогою описуваного психодіагностичного інструменту можливо дослідити та визначити фокуси терапії.

Чинники ризику. Високим рівнем впливу на РХП вирізняють такі чинники:

- жіноча стать;
- заняття спортом або танцями;
- обмеження порцій;
- генетика;
- пубертат;
- проблеми з харчовим поведінкою у матері;
- невдоволенням своїм тілом;
- деякі соціокультурні впливи.

Серед **значущих стимулюючих чинників** можна виокремити:

- (а) дотримання дієти для втрати ваги;
- (б) тиск професійного або іншого характеру щодо струнності;
- (в) критичні зауваження щодо ваги та форми тіла;
- (г) сексуальне насильство.

Завдання EDI-3

Даний психодіагностичний інструментарій спрямовано на вимірювання психологічних характеристик/кластерів симптомів, релевантних до виникнення та перебігу розладів харчової поведінки. Психологічний профіль, отриманий з допомогою EDI-3, є джерелом інформації для створення або підтвердження клінічних даних, які виходять далеко за межі простих діагнозів. Тест став цінним інструментом для створення планів лікування та оцінки впливу лікування на основні психологічні конструкти.

Структура EDI-3

EDI-3 складається із наступних груп шкал:

- ризику розвитку розладів харчової поведінки (DT, B, BD);
- шкал, що оцінюють психологічні особливості респондентів, зокрема, самооцінку, афективні порушення, особливості соціальної взаємодії (LSE, PA, П, IA, ID, ED, P, A, MF);
- складені показники, які дозволяють досліднику сфокусуватись на важливих аспектах терапії.

Деякі **особливості** зазначених вище компонентів опитувальнику:

Шкала «Прагнення до струнності» (DT)

Опис шкали. Конструкт «Прагнення до струнності» був описаний як одна з головних характеристик розладів харчової поведінки та розглядався як обов'язковий критерій діагнозу згідно з багатьма схемами класифікацій. Сім тверджень шкали DT оцінюють:

- значне бажання бути стрункішим;
- дотримання дієти;
- занепокоєність питаннями власної ваги;
- інтенсивний страх набору ваги.

Перспективні дослідження свідчать про те, що шкала DT є хорошим індикатором переїдання та розвитку формальних розладів харчової поведінки у підлітків та дорослих. Також, вона є предиктором розвитку нервової булімії у студенток через 10 років. DT добре передбачає рівень важкості прояву симптомів розладів харчової поведінки у подальших дослідженнях.

Шкала «Булімія» (B)

Опис шкали. Шкала B оцінює тенденцію до неконтрольованого, компульсивного переїдання (binge eating) та нав'язливі думки на цю тему. Вісім тверджень цієї шкали оцінюють проблеми з переїданням та прийомом їжі у відповідь на поганий настрій. Наявність переїдання є однією з визначних властивостей нервової булімії та відрізняє нервову анорексію обмежувального типу від нервової анорексії очищувального типу. Дослідження показали, що переїдання є розповсюдженим серед осіб, які не відповідають всім критеріям формального діагнозу розладів харчової поведінки; однак, у більшості випадків тяжке переїдання пов'язане з помітними психічними порушеннями.

Шкала «Незадоволеність тілом» (BD)

Опис шкали. Шкала BD складається з 10 тверджень, які оцінюють невдоволення формою та розміром ділянок тіла, які особливо турбують осіб з розладами харчової поведінки (наприклад, живіт, стегна, вища частина ніг, сідниці). Враховуючи той факт, що незадоволеність власним тілом є поширеною серед молодих жінок у західній культурі, не можна стверджувати, що цей чинник сам по собі викликає розлади харчової поведінки, однак, вона є індикатором ризику, відповідальним за початок та перебіг сильно вираженої поведінки, спрямованої на контроль ваги, а це з часом призводить до розладів харчової поведінки у тих, хто знаходиться в зоні ризику за іншими параметрами.

Ця шкала пов'язана з більш низькими рівнями емоційної експресії, знуцаннями над особою в минулому, частотою порівняння зовнішності та інтерналізацією соціальних цінностей.

Психологічні шкали

Шкала «Низька самооцінка» (LSE)

Шкала LSE вимірює базове поняття негативної самооцінки. П'ять із шести тверджень націлені на конструкти, які стосуються почуття нестабільності, неадекватності, неефективності та браку почуття самоцінності. Додатково оцінюється сприйняття особою того, чи може вона досягти власних стандартів. Більшість теорій вважають, що низька самооцінка грає роль у появі та перебігу розладів харчової поведінки.

Високі показники за шкалою «Ееефективність» EDI-2 можуть передбачати початок розладів харчової поведінки та поганий результат лікування.

Шкала «Особистісне відчуження» (PA)

Шкала PA концептуально перетинається зі шкалою LSE, але вона вимірює більш широку сферу, що відображає проникливе почуття емоційної пустоти, самотності та низький рівень самоусвідомлення. Сім тверджень шкали PA спрямовані на відображення рівня почуття відчуженості від інших та неуспішності, в т.ч. недооцінки індивіда оточуючими. Твердження шкали PA також вимірюють бажання бути кимось іншим та загальне почуття відсутності контролю над своїм життям.

Шкала «Міжособистісна ненадійність» (II)

Шкала II складається з семи тверджень, які оцінюють дискомфорт, побоювання та мовчазність у соціальних ситуаціях. Вона фокусується зокрема на труднощах у вираженні власних думок та почуттів щодо інших. Твердження шкали II також оцінюють тенденцію віддалятися та ізолюватися від інших. Є ознакою унікаючого та пасивного міжособистісного стилю поведінки.

Шкала «Міжособистісне відчуження» (IA)

Шкала IA включає сім тверджень, які оцінюють розчарування, дистанцію, відчуження та недостатню довіру в стосунках. Твердження оцінюють тенденцію почуватися в стосунках як у пастці, а також відчуття недостатньої любові зі

сторони оточуючих. Високий показник шкали ІА означає базове порушення у побудові близьких стосунків. Свідчить про чутливий та пасивний міжособистісний стиль поведінки.

Шкала «Інтероцептивний дефіцит» (ІD)

Шкала ІD складається з дев'яти тверджень, що вимірюють плутанину у розпізнаванні та формуванні відповіді в різних емоційних станах. В шкалі ІD виокремлено два кластери. Перший з них – кластер «Афективного страху», який визначає дистрес при надто сильних чи неконтрольованих емоціях; другий – кластер «Афективної плутанини», який визначає труднощі у розпізнаванні емоційних станів. Плутанина та недовіра у афективному та тілесному функціонуванні неодноразово описувалися як важлива характеристика осіб з розладами харчової поведінки.

Виокремлено два кластери тверджень у межах даної шкали: «Контроль» та «Афективна плутанина»

Шкала «Емоційна дисрегуляція» (ЕD)

Шкала ЕD складається з восьми тверджень, які оцінюють тенденцію до нестабільності настрою, імпульсивності, безрозсудності, гніву та саморуйнування. Ця шкала містить кластер, що складається з двох тверджень. Вони стосуються потенційних проблем зі зловживанням наркотичними речовинами: один стосується алкоголю, інший – наркотиків. Тенденції до поганої регуляції імпульсів та нетолерантності до коливань настрою були визначені як погані прогностичні ознаки розладів харчової поведінки. Твердження, що входять до шкали ЕD, оцінюють емоційні властивості, характерні для підгрупи пацієнтів з розладами харчової поведінки, які вважаються стійкими до лікування.

ЕD має відносно високі кореляції із зовнішніми проявами ворожості, вживання наркотиків та депресії.

Шкала «Перфекціонізм» (Р)

Шкала Р складається з шести тверджень, що оцінюють міру, з якою особа надає значення досягненню високих цілей та найвищих рівнів можливих стандартів особистої успішності. Твердження шкали Р поділяються на дві компоненти. Перша стосується «перфекціонізму, орієнтованому на себе», що відображає жорсткі особисті стандарти досягнення. Друга стосується «соціально призначеного перфекціонізму», що відображає вимоги до успішності, які витікають з тиску батьків та вчителів. Дослідження показали, що перфекціонізм може бути основою невпинних зусиль з контролю ваги, а також, нереалістичних прагнень в інших галузях. Він був визначений як ключовий фактор виникнення та перебігу розладів харчової поведінки.

Шкала «Аскетизм» (А)

Шкала А складається з семи тверджень, які оцінюють тенденцію шукати добродієність через слідування таким духовним ідеалам, як самодисципліна, самозречення, стриманість, самопожертва та контроль тілесних потягів.

Аскетичний мотив втрати ваги був поширений у ранніх дослідженнях розладів харчової поведінки і все ще є важливою темою у деяких випадках. Аскетизм може виражатися у дієті як формі очищення, у струнності як чесноті та пості як акті покаяння. Відмова від їжі або «оральне утримання», може бути частиною більш загальної теми відречення від фізичного задоволення. Поняття аскетизму може мати як позитивне значення, тобто підкреслення певних чеснот через стримування себе, так і негативні значення (наприклад, провина та сором), що приписуються задоволенню. Це може приймати форму навмисного позбавлення сну, завдання собі болю через різання чи смикання шкіри до появи кровотечі як очищення, стояння впродовж тривалих періодів часу, фізичні вправи з метою спокути та загальне уникання задоволення. Деякі клініцисти спостерігали зсув у психопатології розладів харчової поведінки впродовж останніх десятиріч, де «аскетичні мотиви» втрати ваги були змінені на мотив «прагнення до струнності» як найбільш розповсюджену мотивацію.

Шкала «Страх дорослішання» (MF)

Шкала MF складається з восьми тверджень, що оцінюють бажання повернутися до безпеки дитинства. Цей конструкт був описаний як центральна мотивуюча риса у підгрупі пацієнтів підліткового віку, які дотримуються дієт та втрачають вагу, оскільки це є засобом повернення до препубертатного зовнішнього вигляду та гормонального статусу. Це дозволяє їм відійти від метушні, конфліктів та очікувань, пов'язаних з дорослістю. Страхи дозрівання можуть стимулювати інші страхи та очікування, пов'язані зі змінами ролей, до яких підліток або батьки, або і ті, і інші почуваються погано підготовленими. Два твердження цієї шкали (твердження №3 та №39) спрямовані на інтерпретацію дитинства з дорослої точки зору («Я б хотів(ла) повернутися до відчуття безпеки, яке було у мене в дитинстві»); таким чином, ці твердження не підходять для молодших дітей.

Комплексні показники

Комплексний показник ризику розвитку розладів харчової поведінки (EDRC)

Комплексний показник EDRC складається з суми T-балів за шкалами DT, B та BD. Він надає глобальну оцінку за цими шкалами з однаковим навантаженням на кожну з них. EDRC може використовуватися для скринінгових цілей або для отримання одного показника, що відображає рівень проблем з харчовою поведінкою. Обґрунтування комбінування цих шкал у оригінальному EDI у неклінічних вибірках походить з факторно-аналітичного дослідження (Welch, Hall & Walkey, 1988).

У 5-річному перспективному дослідженні новонароджених та їх матерів, високі показники «Прагнення до струнності», «Булїмії» та «Незадоволеності власним тілом» у матерів передбачали появу порушень харчової поведінки у їх дітей вже у ранньому дитинстві (Stice, Agras & Hammer, 1999). Шкали «Проблем з харчовою поведінкою» EDI були використані у поперечному дослідженні для визначення інших змінних, які можуть відігравати роль у розвитку розладів харчової поведінки. Наприклад, Енгстром та Норрінг (Engstrom & Norring, 2002)

використовували шкалу «Прагнення до стрункості» для вивчення шведських учениць середньої школи у 1993 та 1998 роках і знайшли зв'язок між ризиком виникнення розладів та соціодемографічними факторами, такими, як надмірні фізичні вправи, знуцання над досліджуваною у соціальних групах, в яких вона представлена, самотнє проживання та ранній вихід з батьківської сім'ї. У дослідженнях факторів ризику використовували різні субшкали EDI як показники інших психологічних конструктів, що можуть впливати на перебіг розладів харчової поведінки.

Девіс, Шустер, Блекмор та Фокс (Davis, Shuster, Blackmore & Fox, 2004) визначили «Занепокоєність вагою» як суму показників шкал «Прагнення до стрункості», «Булімія» та «Незадоволеність тілом» з EDI-2. Вони підтвердили свою гіпотезу, що зосередженість сім'ї на зовнішності призводила до занепокоєності вагою серед жінок, які демонстрували психологічну вразливість, маючи відносно високі показники за змінною нейротизму.

Комплексний показник «Неефективність» (IC)

IC складається з суми Т-балів за шкалами LSE та PA. Ці шкали високо корелюють як з клінічною, так і з неклінічною вибірками, і їх комбінація загалом підвищує надійність. IC включає всі твердження з підшкали «Неефективність» EDI-2 та містить також три високо корелюючі пункти з субшкали «Соціальна нестабільність» EDI-2. Високі бали за цим складеним показником відображають як низьку самооцінку, так і почуття емоційної пустоти, яка передає базовий дефіцит у особистій ідентичності.

Комплексний показник «Міжособистісні проблеми» (IPC)

IPC складається з суми Т-балів за шкалами II та IA. Ці шкали корелюють, але помірно. Всі пункти субшкали «Міжособистісна недовіра» EDI-2 навантажуються або на шкалу II, або на шкалу IA, і ця шкала є однією з найкращих у передбаченні поганого результату лікування. Високий показник IPC відображає переконання особистості, що соціальні стосунки є ненадійними, напруженими, невдячними та загалом мають низькоякісні невтішні наслідки. Багато пацієнтів з розладами харчової поведінки описуються як такі, що переживають соціальні сумніви у собі та нестабільність, а також загальну недовіру до стосунків. IPC виявляє тяжкі порушення у здатності до формування прихильності; це має загрозливий вплив на терапевтичні взаємини. Міжособистісні проблеми грають роль у посиленні симптомів розладів харчової поведінки та є важливою сферою, на яку спрямоване лікування.

Комплексний показник «Афективні проблеми» (APC)

APC складається з суми Т-балів за шкалами ID та ED. Ці шкали помірно корелюють між собою. APC відображає значні порушення у тому, як особа інтерпретує та відповідає на емоційні сигнали. Такі пацієнти з розладами харчової поведінки відрізняються поганим розумінням свого емоційного стану та тенденцію реагувати імпульсивно, з гнівом, перепадами настрою, а також схильністю до зловживання наркотичними речовинами, яка може викликати

серйозні проблеми у саморегуляції. Складність у ідентифікації та здатності витримувати різні емоційні стани може бути значущим фактором у перебігу розладів харчової поведінки і, таким чином, це є ключовим фокусом терапії.

Комплексний показник «Гіперконтроль» (ОС)

ОС складається з суми Т-балів за шкалами Р та А. Разом вони відображають прагнення до досконалості за допомогою самозречення та страждання. Перфекціонізм, разом з сильною самопожертвою та контролем тілесних потягів, має історичне коріння, пов'язане з релігійним аскетизмом, що пропагував переслідування цілей духовного росту та доброчесності, які часто були шкідливими для тіла. Це може мати різне значення при діагнозі розладу харчової поведінки; однак, це зазвичай виражає певну самоідентифікацію, яка є стійкою до змін через її зв'язок з доброчесністю.

Комплексний показник «Загальна психологічна дезадаптація» (GPMC)

GPMC складається з суми Т-балів за всіма дев'ятьма «Психологічними шкалами» EDI-3. Деякі факторно-аналітичні дослідження EDI на неклінічних вибірках вказували на наявність двох головних факторів: один стосується порушень харчової поведінки, а другий відображає загальну психологічну дезадаптованість. Можна вважати, що поєднання усіх психологічних шкал у один комплексний показник є неправильним, оскільки це порушує концепцію багатовимірної оцінки; однак, це може мати емпіричну цінність, оскільки даний показник передбачає результат лікування, визначаючи установки досліджуваного на прийняття лікування або досить високий рівень психопатології.

Індикатори стилів відповіді: Шкала «Непоследовність» (IN)

Шкала «Непоследовність» (IN) виражає міру непоследовності, з якою досліджуваний відповідає на питання схожого змісту. Наприклад, особа, що відповідає «Завжди» на твердження №2 («Я думаю, що мій живіт надто великий») і водночас відповідає «Завжди» на твердження №12 («Я думаю, що мій живіт якраз нормального розміру»), відповідає непоследовно.

Історія розвитку

Першопочатково, EDI було створено для потреб клінік, у яких проходили лікування особи з РХП. За допомогою зусиль Девіда М. Гарнера опитувальник було валідизовано на великій, зокрема, міжнародній вибірці, та стандартизовано згідно сучасних вимог до психодіагностичного дослідження.

Було також додано складені показники, які фокусують увагу дослідника на проблемних зонах респондента та дозволяють досить надійно визначити мету терапії та її мішень.

Розробка шкал оригінальної версії EDI, що містила 64 твердження, почалася у 1981 році. Методи, використані у розробці цієї версії, відповідали класичному підходу до конструювання тестів, рекомендованому Кемпбелом та Фіске (Campbell & Fiske, 1959) (вимір відносно однорідних конструктів)

Після появи першого EDI у 1983 році, в лікуванні та розумінні розладів харчової поведінки відбулися значні зрушення. Деякі з конструктів, що вважалися центральними у клініці, залишилися, у той час як інші були переглянуті чи отримали менше уваги. Пізніше, перегляд EDI-3 був викликаний як розвитком теоретичних моделей в даній галузі, так і оцінкою клінічних конструктів, що лежали в основі субшкал оригінального EDI.

Теоретична модель

Головною метою розробки оригінального EDI було тестування «континуальної моделі» нервової анорексії, запропонованої Нюландером (Nylander, 1971). Модель базувалася на спостереженні, в якому більшість учениць середньої школи повідомляли, що вони «почувалися товстими», при цьому, близько 10% проявляли щонайменше 3 «симптоми анорексії», пов'язаних з втратою ваги. Фрайз (Fries, 1974) дійшов тієї ж думки в результаті вивчення жінок, які мали вторинну аменорею у клініці, що спеціалізується на лікуванні безпліддя. З погляду на це, нервова анорексія – це фінальна стадія безперервного процесу, який починається з добровільного і продовжується більш жорстким дотриманням дієти та супроводжується прогресивною втратою усвідомлення ситуації. Таким чином, відмінність між легкими чи підпороговими випадками та діагностованими, є кількісною, а не якісною.

Яке практичне значення мають вищезгадані результати досліджень? По-перше, незалежно від того, як визначаються розлади харчової поведінки, важливо визнавати різноманітність випадків з огляду на тяжкість симптомів. По-друге, визначення значущих психологічних типологій, зокрема, з використанням конструктів, описаних у клінічній літературі, може дозволити точніше діагностування пацієнтів та удосконалення прийняття рішень у клініці. По-третє, дослідження психологічних конструктів, пов'язаних з розладами харчової поведінки, може надати цінну інформацію стосовно етіології, прогнозування ефективності різних способів лікування, предикторів рецидиву, біологічних корелятивів та культурних варіацій.

Таким чином, EDI від початку був задуманий як засіб для з'ясування того, як повинні розглядатися розлади харчової поведінки: (а) як окремі речі чи (б) як кінцеві точки континууму, порушень харчової поведінки та психопатології. Первинні дебати так і не було закінчено і все ще викликають інтерес; однак, тест EDI перевершив своє початкове призначення.

Основні характеристики EDI-3

- Оцінює психологічні галузі, які є концептуально релевантними у розумінні та лікуванні розладів харчової поведінки.
- Легкий у застосуванні та підрахунку балів. EDI-3 дає показники за 12 шкалами та 6 комплексними факторами, які не перетинаються між собою та можуть бути використані для створення клінічно значущих психологічних профілів. Ці профілі можуть бути включені до плану лікування, специфічних інтервенцій та моніторингу лікування.
- Розроблений як для дослідницького, так і для клінічного застосування.

- Розширений професійний посібник з EDI-3 містить огляд психометричних властивостей EDI-3 та відповідної літератури щодо широкого застосування EDI у галузі розладів харчової поведінки.
- Нові, легкі у використанні форми профілів з T-балами та процентилями мають важливі набори тверджень, що дозволяють створити більш повну клінічну картину.
- Клінічні рекомендації з інтерпретаціями та прикладами випадків.
- Нова система підрахунку балів покращує психометричні властивості EDI-3.
- Відмінна надійність та валідність.
- Для створення оновлених норм була використана велика американська клінічна вибірка стандартизації, розділена на чотири різних діагностичних підгрупи.
- Велика інтернаціональна клінічна вибірка з різних джерел для порівняння.
- Американська та інтернаціональна неклінічна вибірка з різних джерел для порівняння.
- Розрізняє клінічну та неклінічну групи.
- Критичні твердження вміщені у інтерпретативний профіль для надання можливості розробки більш повної клінічної картини.
- Дані можна застосовувати для медичних цілей.

Опис нововведень:

1) Відомо, що розлади РХП все частіше і частіше реєструються у чоловіків останнім часом. Не зважаючи на той факт, що РХП у чоловіків часто є коморбідним іншим психологічним розладам, та на те, що чоловіків у загальній вибірці осіб з РХП є небагато, до 15%, прогнозується зростання реєстрації симптомів РХП у чоловічої вибірки із часом.

2) Пацієнти та їх батьки часто приходять на діагностику з почуттям провини та захисною позицією, вважаючи, що вони «винні» у розладі харчової поведінки. Батьки часто вважають, що розлад харчової поведінки є результатом поганого виховання. Пацієнти можуть вважати, або їм кажуть, що розлад харчової поведінки є результатом відсутності сили волі. Важливо коректувати ці міфи, щоб позбавитись або уникнути очікуваної критики, оскільки вона може призвести до неправильних установок пацієнтів.

3) Нам відомо, що РХП із часом реєструються у досить юних пацієнтів. Зокрема, у клініці «Ревоканда» проходила лікування пацієнтка віком 6 років. Тому на меті адаптації є розширення вікових меж. Наразі заплановано дослідити респондентів від 11 до 65 років без гендерних обмежень.

ШКАЛА АДАПТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ VINELAND. МОЖЛИВОСТІ ТА ПЕРСПЕКТИВИ ВИКОРИСТАННЯ

ADAPTIVE BEHAVIOR SCALE VINELAND. OPPORTUNITIES AND PERSPECTIVES OF USING

ТКАЧЕНКО Юлія Юріївна, менеджер R&D відділу Першого українського видавництва психологічних тестів «ОС Україна»

Шкала Адаптивної Поведінки Vineland – це методика для індивідуального застосування, за допомогою якої вимірюється рівень адаптивної поведінки індивіда віком від народження до 90 років.

Адаптивна поведінка визначається як повсякденна діяльність, необхідна для особистої та соціальної самостійності. Це необхідні щоденні навички метою яких є загальне пристосування, їх арсенал значно змінюється з віком, особливо в дитинстві по мірі дорослішання.

Адаптивність є основою функціонування особистості в соціумі. Вона ґрунтується на чотирьох базових принципах:

- адаптивна поведінка залежить від віку;
- адаптивна поведінка визначається очікуваннями або стандартами інших людей;
- адаптивна поведінка може змінюватися;
- адаптивна поведінка визначається як типові дії, а не здатності.

Методика для діагностики адаптивної поведінки повинна бути в змозі розрізнити потенційну здатність виконувати певні дії та їх реальне здійснення за необхідності.

Шкала адаптивної поведінки Vineland забезпечує широку оцінку адаптивної поведінки в чотирьох областях:

- комунікація;
- повсякденні життєві навички;
- соціалізація;
- моторні навички.

Наявна також додаткова шкала дезадаптивної поведінки, за допомогою якої оцінюється проблемна поведінка індивіда.

Проведення методики займає від 20 до 60 хвилин, залежно від віку та рівня розвитку досліджуваного.

Субшкали деталізують широку сферу кожної шкали, стаючи корисними зокрема у диференційній діагностиці та комплексній оцінці, мають вікові обмеження до використання.

Результати дослідницьких форм Vineland є мірою адаптивного функціонування індивіда як на загальному, комплексному рівні, так і в більш

вузьких, спеціалізованих сферах. Вони є підкріпленням до направлень та основою для підготовки індивідуальних освітніх, оздоровчих і лікувальних програм.

Нормативні оцінки дають можливість співставити певний вид порушення з різними клінічними групами для підтвердження діагнозу, допомагають встановлювати відхилення у розвитку.

Широкий зміст шкали адаптивної поведінки Vineland дає можливість:

- виявити детальні діагностичні відмінності серед осіб з суттєвими порушеннями адаптивного функціонування;
- виявити норму і патології, а також вікове зниження адаптивного функціонування літніх людей;
- застосувати шкалу в клінічній діагностиці різних захворювань та порушень, в тому числі розладів аутичного спектру, різних генетичних відхилень, затримки в розвитку, емоційних і поведінкових розладів, а також широкого спектру інших психічних, фізичних і пов'язаних з травмами захворювань;
- оцінити рівень розвитку маленьких дітей та допомогти у визначенні їх права на отримання державної підтримки, ранньої інтервенції;
- моніторити прогрес індивіда в отриманні нових або вдосконаленні існуючих навиків.

Втім, слід пам'ятати, що шкала адаптивної поведінки Vineland, не дивлячись на її важливість та комплексність, не є достатньою підставою для постановки діагнозу як єдиний інструмент оцінки. Результати цієї методики слід оцінювати разом з даними інших тестів, повною історією, клінічними спостереженнями та іншою інформацією. Вони є підкріпленням до направлень чи залучення до спеціальних програмах, можуть надавати додаткову клінічну інформацію, корисну для встановлення диференційного діагнозу.

МІНЕСОТСЬКИЙ БАГАТОАСПЕКТНИЙ ОСОБИСТІСНИЙ ОПИТУВАЛЬНИК, ДРУГА ВЕРСІЯ (MMPI-2)

MINNESOTA MULTIPHASIC PERSONALITY INVENTORY-2

КРИШОВСЬКА Олександра Олександрівна, менеджер R&D відділу
Першого українського видавництва психологічних тестів «ОС Україна»

У 2014 році в Україні вперше з'явилася адаптована версія всесвітньо відомого особистісного опитувальника MMPI-2.

Оригінальний опитувальник MMPI побачив світ у 1939 році у Сполучених Штатах, чия армія потребувала діагностичного інструменту, що був би водночас простим у використанні та охоплював широкий спектр проявів особистості. Перша версія опитувальника містила 3 шкали валідності та 10 основних шкал, які були побудовані на основі клінічних спостережень, окрім десятої - шкали соціальної інтроверсії.

MMPI може бути застосованим у різних сферах діяльності, зокрема:

- психіатрія, психотерапія, психологічне консультування
- психологічна оцінка в судовій практиці
- профорієнтація, рекрутинг, корекція виробничих відносин
- наукові дослідження тощо.

MMPI є клінічним тестом, чутливим до культурних відмінностей респондентів, тому його ретельна адаптація є запорукою точності діагностики.

У 1989 році Видавництвом Університету Мінесоти була опублікована переглянута версія опитувальника – MMPI-2. Окрім оновлених норм (за результатами опитування більш репрезентативної вибірки) змін зазнала структура опитувальника. До трьох оригінальних контрольних шкал та розробленої пізніше шкали S (надмірної самопрезентації) додалися шкали Fp (достовірність психопатології), Fb (достовірність відповідей на другу частину тесту), FBS (перебільшення симптомів), VRIN та TRIN (обидві вимірюють непослідовність відповідей).

При збереженні усіх основних шкал були додані більше 100 інших шкал, об'єднаних у такі групи:

- додаткові шкали – різноманітні за змістом та способами конструювання шкали. Деякі з'явилися в результаті досліджень окремих груп людей, наприклад, ув'язнених чи тих, хто проходить індивідуальну психотерапію;
- змістові шкали та компоненти дозволяють оцінити змістові області MMPI-2, більш конкретно інтерпретувати скарги респондента та

- конкретні поведінкові прояви, наприклад, вибухову поведінку, дратівливість, скарги на неврологічні проблеми та багато інших;
- шкали PSY-5 охоплюють 5 широких аспектів особистості, які входять до п'ятифакторної структури: агресія, психотизм, розкутість, нейротизм, інтроверсія;
 - реструктуровані шкали зберігають важливі описові якості оригінальних клінічних шкал, водночас посилюючи їхні характерні ознаки.

Інші відмінності другої версії MMPI-2:

- замінені застарілі і некоректні вирази;
- зменшена кількість подвійних заперечень у тексті тверджень;
- спеціально для цього тесту був винайдений новий від стандартизації балів - Ізоморфні Т-балли (англ. Uniform T-scores).

Українська версія опитувальника MMPI-2 була схвалена розробниками тесту з Університету Мінесоти. Вибірка складала понад 1200 осіб і у відсотковому відношенні відповідає населенню України за статтю, віком, рівнем освіти та місцем проживання (міста чи сільська місцевість). Збір нормативних даних тривав більше року і проходив у різних областях України.

Після завершення української адаптації тесту MMPI-2 почалося його масове застосування у відборі кандидатів у патрульну поліцію в рамках реформи МВС України. MMPI-2 почав використовуватися для набору поліцейських за прикладом інших країн, зокрема – США та Італії, де аналогічне тестування кандидатів є обов'язковим у поліції, армії, пожежній службі тощо. Мета цього тестування – обрати кандидатів з найбільш відповідними для виконання роботи патрульного поліцейського рисами особистості, а також визначити і відсіяти кандидатів із прихованими чи явними порушеннями психіки. Загалом у 28 містах України за рік було протестовано понад 37 тисяч кандидатів у патрульну поліцію України.

Також MMPI-2 використовувався для відбору кандидатів у підрозділ Національної поліції для вирішення надзвичайних ситуацій КОРД та Національне антикорупційне бюро України.

ПРОФИОРИЕНТАЦИОННАЯ ПСИХОДИАГНОСТИЧЕСКАЯ МЕТОДИКА ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ SDS-5

ЧАТЧЕНКО Анна Михайловна, менеджер R&D отдела Первого украинского издательства психологических тестов «ОС Украина»

Что такое SDS-5?

SDS-5 (“Self-Directed Search” – Самонаправленный Поиск) – это инструмент для профориентации, который определяет особенности Ваших профессиональных желаний, стремлений, предпочтений, навыков и интересов. В результате тестирования Вы получаете трехбуквенный код, который можно использовать для поиска наиболее подходящих для Вас занятий и направлений обучения.

Даже сам процесс прохождения SDS-5 может помочь осознать историю собственного карьерного пути и его перспективы, поскольку тест предлагает ответить на ряд вопросов, касающихся разных аспектов профессионального опыта.

Теоретические основы. Типология.

Тест основан на шестиугольной типологии Джона Холланда, которая описывает особенности личности, окружения и их взаимодействия. Согласно Дж. Холланду, люди могут быть разделены на шесть типов:

- Реалистичный (R)
- Исследовательский (I)
- Художественный (A)
- Социальный (S)
- Предпринимательский (E)
- Конвенциональный (C)

Культурные, контекстуальные и личностные факторы (воспитание, социальный статус, этническое происхождение и окружение) формируют людей по-разному. В результате у каждого из нас формируется уникальный набор интересов, компетенций и предпочтений, который продолжает меняться и развиваться в течении всей жизни. Также людям свойственно окружать себя похожими на себя людьми, таким образом создавая окружение, отображающее их личность.

С помощью Шестиугольной модели Дж. Холланда мы можем определить степень соответствия между профессией и личностными особенностями, между несколькими типами, представленными в одной личности или же между доминирующими типами предпочитаемых профессий (см. Рис. 1).

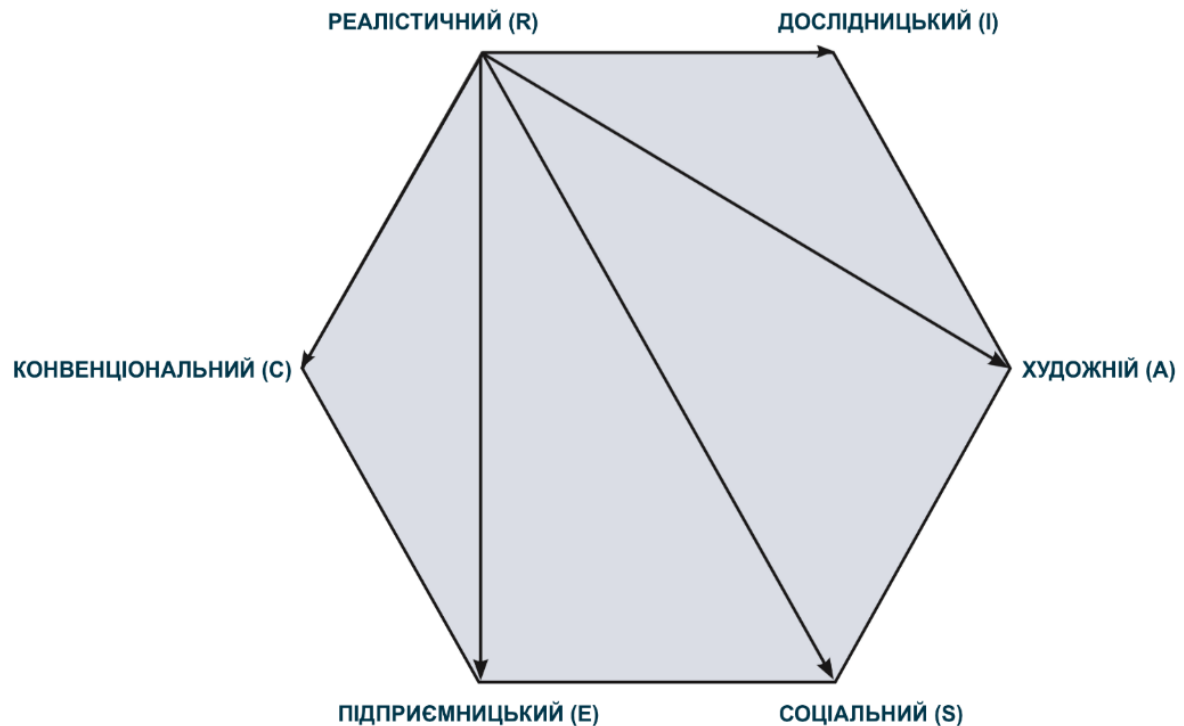


Рис. 1

Структура теста

SDS-5 допомагає імітувати процес прийняття кар'єрних рішень. Він дає можливість краще дослідити ход мислей клієнта при прийнятті таких рішень. Іменно по тому він складається з таких розділів, як:

- Професійні мрії
- Заняття
- Компетенції
- Професії
- Самооцінка

Отчёт

Отчёт містить таку важливу для подальшої роботи інформацію, як:

- коротке зміст теорії Холланда і його RIASEC-типів;
- описання *итогового коду особистості*;
- аналіз *итогового коду прагнень* і його відповідність *итоговому коду особистості*;
- огляд показників і індексів SDS-5;
- рекомендації для подальших кроків на кар'єрному шляху;
- детальні списки рекомендованих професій, освітніх програм і хобі.

Сферы применения

SDS-5 охватывает большой спектр сфер для применения и в некотором роде является универсальным психодиагностическим инструментом. Он может быть полезен:

- Студентам/абитуриентам и их родителям;
- Тем, кто задумывается над сменой сферы деятельности;
- Карьерным консультантам;
- Участникам военных действий;
- HR-специалистам.

ПОДХОД К ОЦЕНКЕ ПЕРСОНАЛА В HUMAN DEVELOPMENT UNIT

ДЕМЬЯНОВА Оксана Юрьевна, старший консультант
Human Development Unit

Оценка персонала и зачем это нужно

Оценка персонала имеет своей целью изучить степень подготовленности работника к выполнению именно того вида деятельности, которым он занимается, а также выявить уровень его потенциальных возможностей с целью оценки перспектив роста (ротации), а также разработки кадровых мероприятий, необходимых для достижения целей кадровой политики.

Основные цели оценки персонала

- Определение уровня компетентности сотрудников и их соответствия занимаемым должностям.
- Осуществление перестановки кадров с учетом компетентности и потенциала сотрудников.
- Определение мотивационной схемы персонала.
- Получение обратной связи от сотрудников.
- Разработка адекватной системы вознаграждения
- Выявление кадрового потенциала: индивидуального и группового.
- Планирование карьерного и личностного роста сотрудников.
- Выявление сильных и слабых звеньев в коллективе.
- Рационализация приемов и методов работы с персоналом.

Оценка персонала как комплексное понятие

- Оценка психологических характеристик личности. Оценка психологических характеристик личности часто встречается при подборе персонала.
- Оценка знаний, умений, навыков чаще встречается при подборе и обучении персонала.
- Оценка мотивации - при подборе и при стратегии развития
- Оценка компетенций

Подходы, методы и инструменты HDU

Что и при помощи каких инструментов можно оценивать, тесты и их применение для разных задач:

- ВFCmap – универсальный инструмент для формирования модели компетенций;
- Оценка 360 градусов;
- Assessment Centre VS Assessment Centre Online;
- InBasket Online.

ФАКТОРЫ, ЛЕЖАЩИЕ В ОСНОВЕ УМЫШЛЕННОЙ ФАЛЬСИФИКАЦИИ ДАННЫХ И УСТАНОВОЧНОГО ПОВЕДЕНИЯ ИСПЫТУЕМЫХ В ПСИХОЛОГИЧЕСКОМ ТЕСТИРОВАНИИ

FACTORS OF DELIBERATE FAKING AND RESPONSE BIASES IN PSYCHOLOGICAL TESTING

БУРЛАЧУК Леонид Фокич, д. псих. наук, профессор, заведующий кафедры психодиагностики и клинической психологии КНУ имени Тараса Шевченко,
ДУБОВИК Мария Александровна, преподаватель кафедры психологии и педагогики Киевского национального лингвистического университета

Известно, что психологические тесты чувствительны к фальсификациям и обману. Что касается факторов, угрожающих достоверности полученных данных, то их можно условно классифицировать в две группы: первая – умышленная (осознанная) фальсификация результатов, вторая – установочное поведение испытуемого (неосознаваемая тенденция отвечать на вопросы тестов определенным образом).

Для контроля влияния данных явлений в психодиагностике были разработаны разные методы, прежде всего, шкалы достоверности. Однако часто конструирование таких шкал не имело под собой теоретической основы. Дальнейшие исследования шкал достоверности показали, во-первых, что явления, на контроль которых направлены эти шкалы, имеют неоднородную структуру; а во-вторых, что каждая из существующих контрольных шкал фиксирует только одну сторону данного явления, будучи нечувствительной к другим его проявлениям (Wiggins, 1964; Damarin & Messick, 1965; Sackeim & Gur, 1979; Paulhus, 1984; Holden & Fekken, 1989). Таким образом, ученые обратились к анализу содержания, сути факторов, угрожающих достоверности данных в психодиагностике.

Наше исследование посвящено поиску и анализу содержательных компонентов, факторов, что лежат в основе установочного поведения обследуемых и умышленной фальсификации данных в психологическом тестировании.

Методология исследования:

Выборка состоит из 93 человек (72 лица женского пола и 21 - мужского). Все исследуемые - студенты КНУ имени Тараса Шевченко. Возраст исследуемых от 18 до 25 лет, средний показатель возраста равен 19,6 лет. Примененные методики: 16 PF Кеттелла (форма С) в адаптации ученых исследовательской группы Чугуновой Е.С. Методика диагностики самооценки мотивации одобрения Д.Марлоу и Д.Крауна, в адаптации Ю.Л. Ханина. Шкала «L» из опросника ММРІ (СМИЛ) в адаптации Собчик Л.Н. Дизайн исследования строится на основе двухфакторного эксперимента, где в качестве 1 фактора выступает инструкция,

что дается испытуемым, имеет 3 уровня: «отвечать положительно для выбранной профессии», «отвечать честно», «отвечать негативно для выбранной профессии». Тогда как в качестве 2 фактора выступает описание желаемой профессии, также имеет 3 уровня, представлены тремя различными профессиями: страховой агент, учитель математики, начальник отдела капитального строительства. Соответственно, было экспериментально сформировано 9 групп с умышленной фальсификацией данных психологического тестирования. Предполагается поиск и описание типичного для каждой из 9 групп, что позволит определить содержательные компоненты умышленной фальсификации данных личностных опросников. С другой стороны, инструкция «отвечать положительно для профессии» также может способствовать проявлению установки на социально желательные ответы, возможно проявление установки на крайние ответы. Инструкция «отвечать негативно для профессии» может актуализировать установку на симуляцию, необычные, девиантные ответы. Предусматривается анализ содержательных аспектов экспериментально заданного установочного поведения испытуемых.

Результаты исследования:

1. С помощью метода однофакторного дисперсионного анализа было установлено, как именно различаются между собой экспериментальные группы с разной инструкцией. Соответственно, факторами установочного поведения к представлению себя в выгодном свете (установка на социально желательные ответы) могут быть:

- Тенденция к переоценке собственных возможностей
- Социальная ориентация
- Высокий самоконтроль и нормативность поведения

Факторами установочного поведения к представлению себя в худшем свете (установка на симуляцию) могут быть:

- Тенденция к чрезмерной самокритике
- Интровертированность и рациональность
- Нонконформизм
- Низкий самоконтроль

2. Дискриминативный анализ позволил выделить два направления в умышленной фальсификации данных.

1) «Социальная нормативность - Социальная независимость» предполагает, что в основе осознанной неискренности испытуемых лежит, с одной стороны, сильная ориентация на социальные стандарты поведения и контроль соответствия собственного поведения этим стандартам. С другой стороны, данное измерение фальсификации опирается на основу социальной независимости, то есть игнорирование принятых в обществе норм и правил, ориентация на себя при выборе стратегии действий, а также недоверие к окружающим, только доверие к себе.

2) «Социальная открытость - Неуверенность в себе» предполагает, что содержательным аспектом фальсификации данных в психологическом тестировании можно считать, с одной стороны, общую социальную

направленность: дружелюбие, чувствительность и внимание к другим, стремление к установлению тесных контактов. А с другой, такая фальсификация результатов может иметь в основе чрезмерную озабоченность по поводу собственной персоны, неуверенность в себе, подозрительность.

3. Корреляционный анализ не выявил значимых связей между вектором фальсификации «социальная открытость - неуверенность в себе» и имеющимися шкалами достоверности. Данные шкалы не в состоянии диагностировать неискренность испытуемого, в основе которой лежит социальная ориентация (стремление к новым знакомствам, социальным контактам и близости), а также ложной информации, в основе которой лежит неуверенность в себе (боязнь продемонстрировать то, чем человек на самом деле является).

ОСОБЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ ІНСТРУМЕНТІВ ПСИХОДІАГНОСТИКИ ПРИ ПРОВЕДЕННІ КОНКУРСНИХ ВІДБОРІВ ДО ДЕРЖАВНИХ ОРГАНІВ

ДЬОМІНА Анастасія Володимирівна, менеджер B2G проектів
Першого українського видавництва психологічних тестів «ОС Україна»

У сучасному світі межі і спектр використання інструментів психодіагностики значно розширилися. Важливим аспектом та рушійною силою цих процесів є: стрімкий розвиток науки, підвищення культури використання методик психологічної оцінки у різноманітних сферах людського буття, виникнення необхідності у точній та надійній оцінці особистісних рис людини при прийнятті управлінських та кадрових рішень.

На практиці без додаткових інструментів дуже складно виявити особистісні риси людини, що б свідчили про придатність або непридатність для певного роду занять. Особливо коли мова йде про відкриті конкурсні відбори до новостворених державних органів. Важливість прийняття безпомилкового кадрового рішення щодо призначення на посаду державного службовця обтяжена політичними та соціальними аспектами. Варто зазначити, що на відміну від приватної сфери, сфери бізнесу, відповідальність щодо прийняття необхідних кадрових рішень лежить не на професіоналах у сфері оцінки та управління персоналом, а на активних представниках громадянського суспільства, професійних успішних прогресивних чиновниках, представниках різноманітних громадських організацій.

Додаткову проблему під час конкурсу становить масовий характер відбору. Кількість кандидатів на одну посаду зазвичай вимірюється сотнями. У такому режимі досить важко оцінити і визначити переможця.

Саме тому, коли людського та адміністративного ресурсу недостатньо – важливо знайти інструмент, який би дозволив визначити ключові компетенції кандидата, необхідні для виконання функціональних обов'язків тієї чи іншої посади. Важливо прояснити ризики, при реалізації яких вплив на успіх реформи буде нищівним.

Зважаючи на вищевикладене, при відборі:

- патрульних до Національної поліції України,
- детективів та аналітиків до Національного антикорупційного бюро України,
- співробітників Національного агентства з питань запобігання корупції,
- працівників Спеціалізованої антикорупційної прокуратури України,
- кандидатів для формування кадрового резерву Нацбанку України

було використано інструменти психодіагностики, провайдером яких є компанія "ОС Україна". Визначити рівень стійкості до стресу, емоційної стабільності, ознак доброчесності як риси особистості або схильності до контрпродуктивних дій

можливо, використавши науково та культурно адаптовані інструменти оцінки – психометричні тестування.

Важливо детально розглянути три кейси використання інструментів психодіагностики при проведенні конкурсних відборів до новостворених державних органів:

- відбір кандидатів на посади детективів та аналітиків Національного антикорупційного бюро України;
- відбір бійців спецпідрозділу швидкого реагування КОРД;
- формування кадрового резерву Національного банку України.

У кожному випадку звернемо увагу на різні за своєю специфікою інструменти оцінки. Дамо відповідь на питання: «Чому саме такі інструменти було застосовано?» «Які особистісні риси та компетенції здатні виміряти такі інструменти?» «Яким чином інтерпретувати результат і чому важливо його уточнювати за допомогою консультації професійного психолога».

Відбір кандидатів на посади детективів та аналітиків Національного антикорупційного бюро України здійснювався за допомогою двох інструментів оцінки:

- Тест загальних здібностей General Skills Test
- Міннесотський багатофакторний особистісний опитувальник MMPI-2.

Оскільки тест загальних здібностей не є методикою психодіагностики, а визначає рівень математичних, абстрактних, логічних здібностей та рівень розуміння тексту, звернемо увагу на інструмент MMPI-2. Дана методика успішно використовувалась також при відборі патрульних поліцейських Національної поліції України, бійців спецпідрозділу КОРД. Особливістю використання даної складної та багатошкальної методики при відборі детективів Національного антикорупційного бюро України є набір оцінюваних компетенцій.

Вперше на масштабній вибірці кандидатів сертифікованими експертами ТОВ «ОС Україна» було розроблено психологічний профіль кандидата, що відповідає типу особистості, максимально схильної до здійснення корупційних діянь. Даний профіль отримав назву «Помаранчевий» або «профіль корупціонера». У своєму складі має два підтипи: А та Б, що відрізняються рівнями мотивації та психологічними особливостями, що можуть слугувати предикторами вчинення корупційних правопорушень.

Кейс відбору бійців спецпідрозділу швидкого реагування КОРД Національної поліції України особливий використанням тандему психодіагностичних методик:

- вже згаданого MMPI-2
- тесту на визначення емоційного інтелекту ORG-EIQ.

Емоційний інтелект – система психологічних особливостей, що дозволяють особі усвідомлювати свої емоції та емоції інших людей. Високий рівень емоційного інтелекту дозволяє людині бути більш адаптивною та досягати більшого успіху у взаємодії із іншими людьми.

Обрання методики оцінки емоційного інтелекту для специфічної категорії настільки закритої структури як спецпідрозділ швидкого реагування було продиктовано необхідністю визначення рівня усвідомлення власних емоцій бійцями перед виконанням бойових завдань. Для ефективної роботи боєць такого спецпідрозділу має чітко розрізняти власні емоції, щоб визначити серед них ті, які не дозволять йому виконувати завдання із підвищеним рівнем небезпеки, коли існує імовірність наразити на небезпеку своїх колег.

Говорячи про оцінку кандидатів для формування кадрового резерву Національного банку України, важливо відзначити специфіку оцінки, що полягала не у фактичному зменшенні кількості кандидатів, що проходять до фінального інтерв'ю, а у максимально повній оцінці за допомогою трьох методик (двох психодіагностичних та тесту загальних здібностей), що дозволили виявити усі важливі компетенції кандидата, що могли б свідчити про придатність його до виконання посадових обов'язків на більш високій позиції. Саме тому при відборі було використано дві психодіагностичні методики:

- відомий та популярний особистісний опитувальник BFQ-2 – «Велика п'ятірка»;
- Тест мотиваційних орієнтацій «ТОМ».

Комбінація двох методик оцінки дозволила виявити наявність, відсутність або відносну вираженість наступних компетенцій:

- добросовісність;
- емоційна стабільність;
- енергія.

Також за допомогою визначення основних напрямків мотивації було оцінено, на що у своїй роботі спрямований співробітник: на досягнення, відносини, новизну, лідерство. Це є важливим аспектом для подальшого успішного управління персоналом та розвитку кадрового потенціалу.

Таким чином, хочу звернути увагу на те, що у кожному відборі важливо орієнтуватися на потреби оцінки та визначення конкретних компетенцій. Використання універсальних методик оцінки та психодіагностики для різноманітних конкурсних відборів на посади, що за функціональним навантаженням відрізняються одна від одної є ефективним, якщо попередньо визначити та направити фокус уваги на необхідні важливі компетенції кандидата – майбутнього службовця.