**Лекция 2 Требования к проведению психологического обследованию клиентов и их социального окружения в контексте проведения мониторинга социальных явлений (2 часа)**

**План:**

1. Психодиагностический метод.
2. Структура психодиагностического обследования.
3. Психологический диагноз как результат психодиаг­ностического обследования.

**1.Психодиагностический метод**

Психодиагностика как область психологической науки опирается на определенный исследовательский метод. Тра­диционно исследовательский метод разделяют на *неэкспериментальный* и *экспериментальный.* Неэкспериментальный метод является описательным и образует разные виды на­блюдений, беседы, изучения продуктов деятельности. Экс­периментальный метод предполагает активное вмешатель­ство исследователя в деятельность испытуемого.

JI. Ф. Бурлачук выделяет — наряду с экспериментальным и неэкспериментальным — специфический психодиагно­стический метод. Основной его особенностью является измерительно-испытательная, оценочная направленность, за счет которой достигается количественная (и качественная) квалификация изучаемого явления. Это становится воз­можным путем следования определенным требованиям, характерным для *психодиагностического метода* (Бурлачук, 2003):

1. стандартизация инструмента измерения, в основе ко­торой лежит понятие нормы, поскольку индивидуальная оценка может быть получена путем сопоставления с ре­зультатами других испытуемых;
2. любая диагностическая методика должна соответ­ствовать требованиям надежности и валидности;
3. требования, предъявляемые к процедуре исследова­ния (точное соблюдение инструкции, строго определенные способы представления стимульного материала, ограниче­ния во времени и недопустимость вмешательства экспери­ментатора и т.д.).

Психодиагностический метод отличают специфические мотивы, определяющие активность субъекта, особую стра­тегию его поведения, особенности ситуации — как соци­альной (взаимодействие психолога и обследуемого), так и стимульной (например, с разной степенью структуриро­ванности).

Психодиагностический метод конкретизируется в трех основных *диагностических подходах,* которые практически исчерпывают множество известных методик: «объектив­ном», «субъективном» и «проективном».

* **Объективный подход** заключается в том, что диагно­стика осуществляется на основе успешности (резуль­тативности) и/или способа (особенностей) выполне­ния деятельности.

Объективный подход к диагностике проявлений чело­веческой индивидуальности образует в основном два типа методик: методики для диагностики собственно личност­ных особенностей и тесты интеллекта. Первые направлены на «измерение» неинтеллектуальных особенностей лично­сти, вторые — на установление уровня ее интеллектуального развития. Диагностика уровня интеллектуального развития представлена многочисленными тестами интеллекта (тесты общих способностей). Личностные методики подразделяют на «тесты действия» («целевые личностные тесты») и «ситуа­ционные тесты». Наиболее распространенные целевые лич­ностные тесты — это разнообразные перцептивные тесты, например обнаружения замаскированных фигур. В ситуа­ционных тестах испытуемый помещается в ситуацию, по­добную/схожую с той, какая может возникнуть в жизни.

В объективном подходе образуются еще две значитель­ные группы тестов: тесты специальных способностей, предназначенные для измерения уровня развития отдель­ных сторон интеллекта и психомоторных функций, обеспе­чивающих эффективность в конкретных, достаточно узких областях деятельности, и тесты достижений, которые вы­являют степень владения определенными знаниями, уме­ниями, навыками.

* **Субъективный подход** предполагает, что диагности­ка осуществляется на основе сведений, сообщаемых о себе, самоописания (самооценивания) особенно­стей личности, состояния, поведения в тех или иных ситуациях. Субъективный подход представлен мно­гочисленными опросниками. Эти распространенные диагностические инструменты в самом общем виде могут быть подразделены на личностные опросники, опросники состояния и настроения, а также опросни­ки мнений ирпросники-анкеты.
* **Проективный подход** заключается в том, что диагно­стика осуществляется на основе анализа особенно­стей взаимодействия с внешне нейтральным, как бы безличным материалом, становящимся в силу его из­вестной неопределенности (слабоструктурности) объ­ектом проекции.

Наиболее простой и удобной классификацией проек­тивных методик является их деление на: моторно-экспрес­сивные, перцептивно-структурные и апперцептивно-ди­намические (С. Розенцвейг).

Эти подходы представлены как бы в виде шкалы «подат­ливости к измеримости» тех индивидуально-психологиче­ских особенностей, на раскрытие которых они направлены (последовательно ограничиваются возможности приложе­ния основных психометрических требований, предъявля­емых к образованным этими подходами методикам).

**2.Структура психодиагностического обследования**

Диагностическая деятельность психолога может быть представлена в виде разных этапов процесса переработ­ки информации, ведущих к принятию решения, — диагно­зу и прогнозу. Основные этапы диагностического процесса сводятся к сбору данных в соответствии с задачей исследо­вания, их переработке, интерпретации и, наконец, вынесе­нию решения (диагноз и прогноз). Рассмотрим наиболее существенные вопросы, возникающие на этих этапах.

***А. Этап сбора данных***

Сбору данных с помощью диагностических методик предшествует период ознакомления с некоторым комплек­сом объективных и субъективных показателей (беседа, история болезни, заключения других специалистов и т.д.) об обследуемом, в ходе которого формируется исследова­тельская задача. Авторы всех известных диагностических методик обращают особое внимание на тщательное пред­варительное изучение испытуемого, необходимость уче­та его прошлого и настоящего. Этим создается основной фон исследования, намечаются элементы рабочей картины личности, необходимой для диагноза и прогноза.

Поскольку психодиагностическое обследование всег­да образует систему взаимодействия «экспериментатор-испытуемый», в литературе немало внимания уделяется ана­лизу влияния различных переменных, включенных в эту систему. Обычно выделяются ситуационные переменные, переменные цели обследования и задания, переменные исследователя и обследуемого. Значение этих перемен­ных достаточно велико, а их влияние должно учитываться при планировании и проведении исследований, обработке **и** использовании полученных результатов. Вполне понят­но, что невозможно контролировать все факторы, могущие оказать влияние на процесс тестирования. Тем не менее, подготовка к тестированию должна исключить возникно­вение непредвиденных обстоятельств и обеспечить едино­образие процедуры. Стандартизация условий тестирования касается не только инструкций и всего того, что связано с предложением обследуемому тестового материала, но и об­становки тестирования. В связи с этим важнейшая обязан­ность разработчика теста — полное и ясное описание всех этапов процедуры тестирования. Значительное внима­ние должно быть уделено установлению раппорта с испы­туемым. Психолог, начиная работу с тестом, должен быть уверен в том, что он обеспечил, насколько это возможно, полное сосредоточение обследуемого на предъявляемых задачах и приложение всех сил для того, чтобы их решить искренно и честно.

В отечественной психодиагностике разработана ориги­нальная классификация психодиагностических ситуаций. В.И. Дружинин полагает существование четырех вариан­тов таких ситуаций:

1. добровольное участие в обследовании и самостоя­тельный выбор дальнейшего поведения (например, психо­логическая консультация);
2. принудительное участие в обследовании, но самосто­ятельный выбор дальнейшего поведения (например, об­следования студентов-психологов при разработке тестов);
3. принудительное участие в обследовании и выбор по­ведения после обследования навязан (например, тестиро­вание для определения соответствия требованиям занима­емой должности);
4. добровольное участие в обследовании, но выбор даль­нейшего поведения навязан (например, профессиональ­ный отбор).

В психологической диагностике часто отсутствуют (за ис­ключением диагноза познавательных функций) какие-ли­бо четкие предписания, касающиеся выбора определенных методик ^зависимости от поставленных задач. Особенно от­четливо это проявляется в области диагностики личностных особенностей, где одна и та же методика используется в раз­личных целях. Теоретически валидность той или иной мето­дики по отношению к сформулированной диагностической задаче должна быть критерием для ее выбора в качестве ин­струмента исследования.

При выборе методик следует руководствоваться и тем, что можно обозначить как широту охвата ими личностных особенностей. От этого зависит и точность диагностическо­го решения, прогноза. После формулирования диагности­ческой задачи, выбора соответствующих методик и прове­дения исследования полученные результаты должны быть представлены в том виде, который определяется особенно­стями используемых методик. «Сырые» оценки преобразу­ются в стандартные величины, рассчитывается коэффици­ент интеллекта, строятся «профили личности» и т.д.

***Б. Этап переработки и интерпретации***

Большинство специалистов в области психодиагности­ки согласны с тем, что количественная оценка полученных результатов (в виде стандартных величин, профилей) весь­ма полезна. Однако существуют противоречивые мнения о том, какой путь обобщения данных исследования ведет к более надежному прогнозу: клинический, более ориенти­рованный на субъективный опыт, интуицию, или стати­стический, основанный на объективных, формализован­ных критериях.

*Клинический* опирается на анализ в основном качествен­ных показателей, стремясь охватить их во всей полноте. Его существенной особенностью является доверие к «субъ­ективному суждению» и профессиональному опыту. В «чи­стом» виде клинический подход недалеко уходит от сужде­ний здравого смысла.

*Статистический* предусматривает учет объективных (количественных) показателей, их статистическую обра­ботку в виде, например, уравнения регрессии или фактор­ного анализа. Роль субъективного суждения сводится к ми­нимуму.

Прогноз осуществляется на основе эмпирически опре­деленных статистических соотношений. Вопрос об эффек­тивности клинического и статистического прогнозов не­однократно обсуждался психологами и до сих пор служит предметом дискуссий. В полноценном диагностическом исследовании необходимо сделать обоснованные психо­логические заключения, тем самым осуществить выход за рамки статистических данных. В большинстве диагности­ческих ситуаций необходимо гармоничное сочетание кли­нического и статистического подходов, а не их противопо­ставление.

***В. Этап принятия решения***

Н. Сандберг и JI. Тайлер выделяют три уровня диагно­стических заключений (по Бурлачук, 2003).

На *первом* уровне диагностическое заключение произ­водится непосредственно по имеющимся об обследуемом данным. Например, установлено, что успешность выпол­нения заданий методики позволяет сделать вывод об отсут­ствии расстройств мышления. Это и служит основой дли отбора. При таком «селекционном» подходе психолога не интересует, почему отдельный испытуемый не смог выпол­нить заданий теста. Индивидуальный диагноз, а тем более прогноз, не осуществляется. Диагноз на этом уровне в из­вестном смысле замкнут в порочный круг, он возвращает клинике ее же данные, но только выраженные в иной си­стеме понятий.

Именно такой широко распространенный тип диагно­стики, когда психолога вполне можно заменить маши­ной или специально обученным для проведения тестиро­вания человеком, неоднократно был объектом критики, особенно в советской психологии. Соглашаясь с крити­кой, Л.Ф. Бурлачук отмечает, что данный уровень следует понимать как сугубо рабочий, ориентировочный, а в неко­торых случаях и соответствующий поставленным задачам (например, исследование значительного числа лиц в целях их дифференциации).

*Второй* уровень предусматривает создание своего рода посредников между результатами отдельных исследований и диагнозом. В качестве таких посредников Н. Сандберг и Л. Тайлер указывают на описательное обобщение и гипо­тетический конструкт. Это означает, что, установив сниже­ние уровня обобщения, замедленность темпа психических процессов, обобщают эти данные как расстройство мыш­ления. В качестве гипотетического конструкта может вы­ступать раскрытие психологической структуры расстрой­ства. На этом уровне исследователь получает возможность планирования дальнейших этапов диагностической рабо­ты, выбора конкретных методов воздействия.

На *третьем,* высшем, уровне должен произойти переход от описательного обобщения, гипотетических конструктов к теории личности. Создается рабочая модель изучаемого случая, в которой конкретные особенности данного инди­вида представлены в целостности и сформулированы в по­нятиях, позволяющих наиболее точно и обоснованно рас­крыть психологическую сущность явления, его структуру.

Осуществление диагноза на высшем уровне всегда стал­кивается с необходимостью отбора существенных свойств личности, раскрытия внутренних связей между ними, а это, в свою очередь, связано с состоянием развития общей тео­рии личности в психологии.

Типы диагностических заключений, предложенные Н.Сандбергом и JI. Тайлер в сущности, совпадают со сту­пенями в развитии диагноза, выделенными ранее отече­ственными психологами А.А. Невским и JI.C. Выготским (по Бурлачук, 2003).

*Первая* ступень — симптоматический (или эмпириче­ский) диагноз, ограничивающийся констатацией опреде­ленных особенностей или симптомов.

*Вторая* ступень — этиологическая диагностика, учиты­вающая не только определенные симптомы, но и причины, их вызывающие.

На этой ступени психодиагност сталкивается со значи­тельными трудностями, которые могут быть источником ошибок:

1. указываются самые отдаленные причины или общие малосодержательные формулировки;
2. незнание ряда причин, в частности ближайших при­чин, определяющих явление, и указание на отдаленные причины, которые непосредственно не определяют данное явление.

*Третья* ступень — типологическая диагностика, заклю­чающаяся в определении типа личности в динамическом смысле этого понятия.

Диагноз неразрывно связан с прогнозом. Деятельность специалиста в области психодиагностики не ограничива­ется описанием индивидуальных особенностей того или иного явления, поиском вызвавших его к жизни причин и соотнесением этих знаний со структурой и динамикой лич­ности. Практическая ценность диагноза во многом опреде­ляется возможностью осуществления на его основе про­гноза.

В диагнозе и прогнозе должны быть учтены не только особенности личности, нашедшие свое место в теоретиче­ской модели. Необходим анализ условий окружающей сре­ды, специфичности конкретной ситуации.

Психодиагностическое исследование завершается раз­работкой программы действий, которые необходимо осу­ществить в связи с полученными результатами, реко­мендациями по выбору оптимальных методов терапии заболевания, реабилитации и т.д. Итоги диагностического исследования должны быть представлены в объясняющих понятиях, т.е. описываются не результаты, полученные с помощью конкретных методик с привлечением специаль­ной терминологии, а их психологическая интерпретация. Используемые термины должны «доопределяться» путем отнесения к соответствующей теории, например. «интро­верт по Айзенку» или «интроверт по Роршаху».

3. **Психологический диагноз как результат психодиаг­ностического обследования**

Практика использования разнообразных психодиагностических тестов (методик) для изучения личности неразрывно связана с понятием «психологический диагноз».

Понятие «диагноз» (распознавание) широко используется в разных областях науки и техники, ибо задача распознавания, определения существа и особенностей тех или иных явлений не считается прерогативой медицины. В литературе находим немало определений понятия «психологический диагноз».

Медицинское понимание диагноза, прочно связывающее его с болезнью, отклонением от нормы, отразилось и на определении этого понятия в психологической науке.

В таком осмыслении **психологический диагноз** — это всегда выявление скрытой причины обнаружившегося неблагополучия. «Диагноз, где бы он ни ставился — в медицине, в технике, в управлении, в прикладной психологии, — это всегда поиск, выявление скрытой причины обнаружившегося неблагополучия, чаще всего в условиях множественности причинно-следственных связей» (В. И. Войтко, Ю. 3. Гильбух, 1976). Также и некоторыми зарубежными психологами термин «диагноз» в психологии предлагалось применять исключительно для «называния» каких-либо расстройств, нарушений (Rosenzweig, 1949; и др.).

Подобные взгляды приводят к неправомерному сужению области психологического диагноза, из него выпадает все то, что связано с выявлением и учетом индивидуально-психологических различий в норме. Из психологической диагностики произвольно вырывается наиболее обширная, исторически сложившаяся область исследований. Областью психологического диагноза являются индивидуально-психологические различия как в норме, так и при патологии.

Одной из наиболее разработанных теоретических схем психологического диагноза и сегодня остается предложенная известным польским психологом Янушем Рейковским (Reykowski, 1966), который выделяет четыре основных направления в работе психодиагноста.

1. Осуществление диагноза деятельности, поведения, т. е. описание, анализ и характеристика особенностей поведения обследуемого.

2. Осуществление диагноза процессов регуляции деятельности или изучение психических процессов, благодаря которым осуществляется деятельность.

3. Осуществление диагноза механизмов регуляции, механизмов психических процессов, от которых зависит их протекание — диагностика систем нервных связей.

4. Диагностика генезиса механизмов регуляции или ответ на вопрос о том, как и в каких условиях формировалась психика данного индивида.

Деятельность понимается как направленный на определенный результат процесс. При диагнозе деятельности Рейковский предлагает различать ее два наиболее общих аспекта: инструментальный (качество, скорость и адекватность действий) и аспект отношений, т. е. те характеристики, которые выражают отношение субъекта к выполняемым им действиям, к окружению и к самому себе.

Задача психологического диагноза не только в том, чтобы выявить, какие действия протекают ошибочно, но также и то, в каких действиях индивидуум может быть успешен. Для получения систематизированных характеристик деятельности предлагается использовать систему основных ролей, выполняемых человеком в обществе.

Рейковский отмечает, что в клинической диагностике чаще всего учитывается аспект отношения, а в профессиональной наибольшую ценность имеет учет аспекта инструментального. Для того чтобы ответить на вопрос о том, почему действия протекают неправильно, необходим диагноз процессов регуляции.

В диагностике процессов регуляции Рейковский также условно выделяет два класса явлений: *процессы типа инструментальных и процессы типа отношений.*

К процессам типа инструментальных относятся три группы процессов регуляции, каждая из которых выполняет свою функцию: ориентационные, интеллектуальные и исполнительские. Диагноз ориентационных процессов включает оценку адекватности восприятия, способности осмысления явлений и формирования понятий. Интеллектуальные функции обусловливают создание программ деятельности, их диагноз связан с оценкой эффективности планирования, решения проблем. К исполнительским функциям относятся психомоторные и вербальные реакции. Под процессами типа отношений Рейковский понимает эмоциональные и мотивационные процессы. При диагностике эмоциональных процессов определяют, какова степень соответствия между характеристиками ситуации и особенностями эмоциональных реакций по длительности, силе, знаку и содержанию эмоций. Диагностика мотивационных процессов — это оценка вида и интенсивности мотивов, побуждающих индивидуума к действию.

Процессы регуляции осуществляются благодаря сложным системам нервных связей (динамические стереотипы), вырабатывающимся в течение жизни человека. Эти механизмы регуляции обеспечивают устойчивость и организованность человеческого поведения. Для описания механизмов регуляции автор предлагает выделять два класса динамических схем: операционные (системы навыков, умений, знаний) и динамические (личностные проявления). Личность характеризуется Рейковским как особая система, благодаря которой человеческое поведение приобретает постоянство, специфичность и ориентацию на определенные цели.

**Цель диагноза личности** — не только определение источников патологии, но и зон эффективного функционирования.

В диагностике генезиса механизмов регуляции Рейковский особое внимание уделяет изучению «истории дидактических процессов» индивида, важной для анализа приобретенных знаний и умений, а также рекомендует внимательно изучать «историю воспитательных процессов», в которой формируются системы ожиданий, потребностей и отношений. При анализе «истории дидактических процессов следует опираться на хронологию образования, а упорядочение истории воспитательных воздействий возможно в ходе детального анамнестического интервью.

Представляет интерес соотнесение диагноза медицинского и диагноза психологического, что позволяет глубже понять особенности последнего. Основное в **медицинском диагнозе** — определение и классификация имеющихся проявлений заболевания, которые выясняются через их связь с типичным для данного синдрома патофизиологическим механизмом. При постановке медицинского диагноза обычно не возникает вопроса о том, что именно вызвало такие, а не иные расстройства, так как ответ содержится в уже готовой этиологической характеристике болезни (Watson, 1963; Sanocki, 1978; и др.).

Известно, что значительная часть диагностических методик разрабатывалась в соответствии с потребностями клиники. Поэтому наиболее разработанными в современной психодиагностике считаются представления о клинико-психологическом диагнозе. Обобщая взгляды разных исследователей, А. Левицкий к основным задачам клинико-психологического диагноза относит описание нарушений поведения, проявляющихся у обследуемого в его профессиональной, семейной жизни, общении с людьми, а также обнаруживающихся в ходе исследования; выяснение лежащих в их основе психических дисфункций в области мотивации и познавательных процессов; определение значения психологических механизмов в генезисе имеющихся нарушений, а именно: обусловлены нарушения ситуационными или личностными факторами; в какой степени расстройства личности детерминированы органическими факторами, а в какой — психологическими (Lewicki, 1969, p. 81).

В западной литературе неоднократно обсуждался вопрос о том, должен ли клинико-психологический диагноз ограничиваться выявлением нарушений поведения (т. е. изучать только тот фрагмент психической деятельности, который по той или иной причине оказался нарушенным) или представить полную картину личности, выделив в ней элементы с временной (стойкой) дисфункцией. Многие известные клинические психологи (Shapiro, 1957; Eysenck, 1960; и др.) настаивают на парциальной диагностике, считая, что обследование личности «в целом» должно предполагать взаимосвязь отдельных психических функций, которая якобы не доказана, требует подтверждения. Такую точку зрения следует признать ошибочной, не соответствующей современному состоянию психологических исследований. Реализация личностного подхода в клинико-психологическом диагнозе в той мере, в какой это осуществимо сегодня, позволяет не только избежать многих ошибок. Лишь на этой основе возможны прогноз и выработка эффективных рекомендаций для реабилитационной или психотерапевтической работы.

Сказанное, конечно, не следует понимать в том смысле, что для парциального диагноза нет места в работе психолога.

Клинический и психологический диагнозы не должны конкурировать друг с другом. А. Левицкий (1969), подчеркивая необходимость сотрудничества врача и психолога, отмечает, что в ряде случаев психологический диагноз должен основываться на клиническом. В клиническом диагнозе психолог находит сведения о тех или иных расстройствах, которые могут «психологическим путем» повлиять на нарушение поведения. В свою очередь врач должен учитывать данные, полученные психологом. Это позволяет преодолеть достаточно типичный для медицинского мышления прямой переход от свойств нервной или эндокринной системы, конституции, темперамента к особенностям личности, восстановить важнейшее из утраченных при таком переходе звеньев — формирование психических свойств личности. Так, обнаруженное у больного эпилепсией органическое поражение головного мозга (клинический диагноз) нередко рассматривается в качестве причины имеющихся у него изменений личности. При этом игнорируется то, что больной находится в сложной социальной ситуации, стыдится проявлений болезни, нарушается его контакт с людьми, что наряду с другими факторами и определяет черты так называемой «эпилептической личности».

В психиатрии ограниченность **нозологического (синдромологического)** диагноза особенно отчетливо осознается в связи с задачами реабилитации психически больных. В связи с этим разрабатывается теория функционального диагноза. Этот диагноз складывается из трех частей: **клинической, психологической и социальной** (М. М. Кабанов, 1978; и др.).

**Функциональный** диагноз дает врачу не только «название» болезни, но и позволяет ответить на вопросы о том, у кого (какой личности) и в какой среде (социальная микросреда) возникает болезнь.

В **психологическом** диагнозе, в отличие от медицинского, мы сталкиваемся с необходимостью выяснения в каждом отдельном случае того, почему данные проявления обнаруживаются в поведении обследуемого, каковы их причины и следствия.

Можно представить себе, что по мере обогащения психологического знания элемент выяснения в психологическом диагнозе, во всяком случае в текущей практической работе, не будет иметь столь существенного значения. Сегодня же ситуация специалиста в области психодиагностики отчасти сравнима с той, в которой оказывается путешественник, очутившийся в незнакомой местности. Он может более или менее точно описать то место, где находится, но не имеет представления о том, какова местность в целом (Reykowski, 1966).

Психологический диагноз не ограничивается констатацией, а необходимо включает предвидение и выработку рекомендаций, вытекающих из анализа всей совокупности данных, полученных в ходе обследования в соответствии с его задачами.

Таким образом: **психологический диагноз** — конечный результат деятельности психолога, направленной на описание и выяснение сущности индивидуально-психологических особенностей личности с целью оценки их актуального состояния, прогноза дальнейшего развития и разработки рекомендаций, определяемых целью исследования.

Порой не всегда достигаемая в психологическом диагнозе однозначность, определенность, а также ошибки считаются следствием несовершенства психодиагностических методик. Следует согласиться с А. Левицким (Lewiski, 1969) в том, что этот источник ошибок не играет определяющей роли, ибо практически ни одна из диагностических методик не применяется изолированно, без привлечения других.

В качестве источников неточностей, ошибок в диагнозе этим автором усматриваются: недостаточность времени, отпущенного на обследование, отсутствие надежных источников информации об испытуемом и низкий уровень наших знаний о законах, управляющих нарушениями поведения.

Более полный разбор **причин диагностических ошибок** находим у 3. Плевицкой (Plewiska, 1980), выделившей их две основные группы. Это ошибки, связанные со сбором данных и их переработкой.

**К первой группе ошибок** относятся:

• ошибки наблюдения (например, «слепота» на важные для диагноза черты,

проявления личности; наблюдение черт в искаженной качественно или количественно форме);

• ошибки регистрации (например, эмоциональная окрашенность записей в протоколе, свидетельствующая скорее об отношении психолога к обследуемому, нежели об особенностях его поведения; случаи, когда абстрактная оценка выдается за предметную, различия в понимании одних и тех же терминов разными людьми);

• ошибки инструментальные возникают вследствие неумения пользоваться аппаратурой и другой измерительной техникой как в техническом, так и в интерпретационном аспекте.

**Основные ошибки в переработке, интерпретации данных:**

• эффект «первого впечатления» — ошибка, основанная на переоценке диагностического значения первичной информации;

• ошибка атрибуции — приписывание обследуемому черт, которых у него нет, или рассмотрение нестабильных черт в качестве стабильных;

• ошибка ложной причины;

Разумеется, в некоторых случаях обнаружение определенного признака, например констатация какого-либо неблагополучия, — необходимое и достаточное условие психологического диагноза, однако в своем развернутом виде психологический диагноз включает в себя последующие действия, обеспечивающие его практическую ценность.

• познавательный радикализм — тенденция к переоценке значения рабочих гипотез и нежелание искать лучшие решения;

• познавательный консерватизм — предельно осторожная формулировка гипотез.

Вряд ли будет иметь значение дальнейшее перечисление или классификация возможных ошибок в психодиагностической работе. Эти ошибки могут возникнуть в любом акте познания. Психодиагностическую специфичность они приобретают при соотнесении с используемыми в каждом конкретном случае методиками, тестами, теоретическими предпочтениями исследователя.

Известно, что психологи, пользующиеся в своей работе тестом Векслера для оценки уровня интеллектуального развития детей (WISC-R), нередко совершают ошибки, ставящие под сомнение точность и надежность получаемой информации.

Обнаружено, что наибольшее число ошибок совершалось при обработке данных, полученных по субтестам, предназначенным для оценки словарного запаса, понятливости и способности к составлению объектов. Американские психологи также выявили ошибки, наиболее типичные для студентов, обучающихся работе с тестом для измерения интеллекта взрослых (WAIS-R) и субтесты (или вопросы), коррелирующие с наибольшим числом ошибок. В целом оказалось, что студенты в среднем допускают 8,8 % ошибок на протокол. Исправление этих ошибок привело к изменению 81 % показателей!

Создание своего рода каталогов наиболее распространенных, типичных ошибок, возникающих при проведении и интерпретации отдельных психодиагностических методик (групп методик) — актуальная задача, имеющая важное практическое значение.