



И. Ф. Дьяконов, Б. В. Овчинников

# ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА В ПРАКТИКЕ ВРАЧА

Санкт-Петербург  
СпецЛит

Коллектив авторов

**Психологическая  
диагностика в практике врача**

«СпецЛит»

2008

УДК 61 : 001.891

### **Коллектив авторов**

Психологическая диагностика в практике врача / Коллектив авторов — «СпецЛит», 2008

ISBN 978-5-299-00383-3

В пособии изложены методы клиникопсихологического исследования личности, диагностики познавательных процессов, негативных психических состояний, признаков нервнопсихической неустойчивости и социальной дезадаптации, выраженности психопатологической и невротической симптоматики, а также проективные методы исследования личности. В пособии приведены краткие описания психодиагностических методик, стимульные материалы и ключи для обработки полученных данных. Пособие предназначено для врачей общей практики, семейных врачей, врачей психосоматических и реабилитационных отделений стационаров, врачей психотерапевтов, психиатров и клинических психологов, студентов медицинских вузов, слушателей медицинских академий последипломного образования и других форм последипломной подготовки, а также всех интересующихся медицинской психологией, психофизиологией и психиатрией.

УДК 61 : 001.891

ISBN 978-5-299-00383-3

© Коллектив авторов, 2008  
© СпецЛит, 2008

# Содержание

ВВЕДЕНИЕ	5
Глава 1 БАЗОВЫЕ МЕТОДЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОДИАГНОСТИКИ	8
1.1. Анамнестический расспрос и наблюдение	8
1.2. Индивидуальная беседа	9
1.3. Опросник Мини-Мульт (сокращенный вариант Миннесотского многомерного личностного перечня ММРП)	14
Конец ознакомительного фрагмента.	15

# Психологическая диагностика в практике врача

## ВВЕДЕНИЕ

Психодиагностика – это область психологии, разрабатывающая методы выявления и измерения индивидуально-психологических особенностей личности. Психодиагностика – и теоретическая дисциплина, и сфера практической деятельности психолога. Как теоретическую дисциплину психодиагностику необходимо рассматривать с точки зрения трех областей психологического знания: предметной области психологии, изучающей данное явление; психометрики – науки об измерении индивидуальных различий в диагностируемых переменных и практики использования психологического знания.

Психодиагностика преимущественно связана с общей, социальной и дифференциальной психологией, а также с такими областями психологии, как медицинская, возрастная, юридическая, военная, психология труда и др. Таким образом, в психодиагностике переменная должна иметь теоретический смысл в соответствующей области науки и практическую значимость для решения той или иной прикладной задачи. Так, теоретическая обоснованность выделения тех или иных личностных черт является непременным условием подбора соответствующих методов исследования, а также диагностической процедуры.

Вторым разделом психодиагностики является психометрика – дисциплина, обосновывающая и разрабатывающая измерительные диагностические методы.

Практическая психодиагностика относится к теоретической, как, скажем, эксплуатация автомобиля – к его разработке и конструированию. Практическая психодиагностика – это организация и техника проведения обследования и свод правил применения психодиагностических инструментов (методик), это этические и профессиональные нормы психодиагностической работы; это, наконец, квалификация, практический и житейский опыт, интуиция психолога. Практическая психодиагностика предполагает также учет состояния обследуемого в момент проведения психодиагностирующей процедуры, его мотивации на обследование, способность представлять информацию для заказчика не во вред клиенту и многое другое.

Таким образом, предметом психодиагностики является теория и практика разработки и применения психологических методов исследования и установление индивидуальной степени выраженности психических свойств и их взаимосвязей, определяющих своеобразие личности.

Существует достаточно большое количество обоснованных классификаций диагностических методик. Причиной этого являются разные основания упорядочивания (классификации) тестовых процедур. Так, большинство пособий по психодиагностике классифицируют методы на основании тех компонентов личности, которые они диагностируют. Однако данное основание используется чисто прагматически, поскольку до сих пор не существует научной классификации «составляющих» и черт личности. Деление психодиагностических процедур на методы диагностики умственного развития, способностей, интересов и склонностей, темперамента и мотивации является слишком широким, не говоря уже о том, что часто происходит взаимное наслаивание наиболее универсальных методов.

Достаточно распространенной является классификация, которая учитывает принцип метода в целом. Это – разделение методов на субъективные (интроспективные), объективные (экстраспективные) и проективные.

Субъективные или интроспективные методы основываются на высказываниях обследуемого. К ним относятся: беседа, автобиография, опросники, самооценочные бланки и т. п. Эти методы являются субъективными с точки зрения испытуемого. С точки зрения психолога,

который интерпретирует результаты обследования, субъективной является, например, беседа, которую психолог может использовать в диагностических целях в зависимости от своего опыта. Объективным для психолога является опросник или самооценочный формализованный бланк, из которого мы извлекаем нужную нам информацию с помощью шаблона. Примером известного клинического метода является Миннесотский многомерный личностный перечень, включающий 566 высказываний.

Объективными или же экстраспективными методами являются прежде всего тесты достижений, перцептивные или моторные тесты, оценочные шкалы. Под объективностью здесь понимается независимость методов от желания испытуемого дать искаженные результаты. В случае тестов достижения, например, возможно сознательное занижение испытуемым своих результатов, если он заинтересован показать себя менее способным, но он не может сознательно улучшить свои результаты, если не имеет ключа правильных решений. Примером объективного метода является тест Векслера для оценки общего интеллекта.

Однако и в этом случае в интерпретацию результатов объективных методов может вноситься субъективная оценка экспериментатора. Так, если тесты достижений с задачами конвергентного типа, имеющими одно правильное решение, можно интерпретировать вполне объективно, то иначе надо интегрировать тесты творческих способностей, в которых допускается несколько правильных решений, отличающихся степенью оригинальности и т. п., их подвергнуть объективному анализу сложнее.

Проективные техники основаны на предположении, что неопределенный и мало структурированный материал с неявной ориентацией является, образно говоря, проекционным аппаратом, посредством которого обследуемый проецирует свои личностные установки, тенденции, желания, мотивы и проблемы в определенных образах, которые психолог наблюдает как бы на экране. Предполагается, что люди друг от друга отличаются по степени, в которой они способны проецировать свои установки, то есть по способности реагировать на скрытые, неопределенные и неструктурированные стимулы. Проективные методы по сравнению с другими достаточно сложны и субъективны в интерпретации, так как ее содержание в наибольшей степени зависит от личного опыта психолога, даже, можно сказать, от его творческого склада. Тем не менее большим преимуществом проективных методов является их объективность со стороны испытуемого. Он не подозревает, что о себе сообщает, когда описывает чернильные пятна (методика Роршаха), завершает незавершенные предложения (методика «Незаконченные предложения») или строит рассказ по тематически не определенным картинкам (тест тематической апперцепции).

Методики психодиагностики широко используются для оценки уровня психического развития личности, прогнозирования поведения, исследования пациентов в диагностических и экспертных целях.

В клинической практике применяются психологические методы, позволяющие выявить особенности личности пациента, его психического состояния, наличие признаков нервно-психической неустойчивости, выраженность и особенности психопатологической симптоматики.

В настоящем пособии изложены методики, проверенные на надежность и валидность, хорошо зарекомендовавшие себя при психологическом обследовании пациентов. Информация по каждой методике содержит сведения о ее предназначении, особенностях получения данных, их обработке и интерпретации.

Представленные в пособии методики разделены на шесть групп: методы клинико-психологического исследования личности, методы диагностики познавательных процессов, методы диагностики негативных психических состояний, методы диагностики признаков нервно-психической неустойчивости и социальной дезадаптации, методы диагностики выраженности психопатологической симптоматики, проективные методы исследования личности.

В клинике используется широкий спектр методов психодиагностики: анамнестический расспрос, наблюдение, личностные опросники (Миннесотский многомерный личностный перечень, опросник диагностики типов отношения к болезни, опросник Мини-Мульт, экспресс-анкета «Прогноз», опросник нервно-психической напряженности, шкала астении, опросник невротических черт личности, опросник депрессивности, опросник выраженности психопатологической симптоматики, шкала алекситимии, интегративный тест тревожности, шкала диссоциации и др.), проективные методы (тематический апперцептивный тест, метод рисуночной ассоциации, методика незаконченных предложений, цветовой тест и др.), методы исследования внимания («перепутанные линии», «корректирующая проба», «выявление слов», «отыскивание чисел с переключением»), памяти («зрительная память», «подбор слов», «вербальная память»), мышления («установление закономерностей», «количественные отношения», «числовые ряды», «анalogии»), интеллекта (тест возрастающей трудности Равена, шкала измерения интеллекта Векслера).

Большинство личностных тестов имеет характер опросника. Таковы опросник Г. Айзенка (EPI) и методика многофакторного исследования личности Р. Кеттела (16PF). Наибольшее распространение получил тест MMPI – Миннесотский многомерный личностный перечень, который содержит 566 вопросов и пытается охватить клинически определяемые черты личности (ипохондрические, истерические, психопатические свойства, тенденции маскулинизации–феминизации, параноидные, психастенические, шизоидные и маниакальные черты, а также социальная инверсия), его сокращенный вариант – опросник Мини-Мульт, содержащий 71 вопрос (Д. Я. Райгородский, 2003).

Для изучения оценки пациентами своего самочувствия, активности и настроения используют тест дифференциальной самооценки функционального состояния (САН), построенный на принципах полярных профилей; для определения уровня тревожности как свойства психики и состояния пациентов – шкалу личностной и реактивной тревожности Спилбергера, адаптированную Ю. Л. Ханиным; для определения уровня нейротизма, а также показателей экстра- и интроверсии – личностный опросник Айзенка (Д. Я. Райгородский, 2003).

Для определения особенностей реагирования пациентов на заболевание рекомендуется личностный опросник Бехтеревского института ЛОБИ (Л. И. Вассерман [и др.], 2001) в сочетании с опросником для изучения самооценки социальной значимости болезни. Особое положение среди психологических тестов занимают проективные диагностические методы, например тест Роршаха, цель которого состоит в определении личностных конфликтов посредством свободных реакций пациентов на слабоструктурируемый тестовый материал. В клинико-психологической и психосоматической диагностике существуют опросники, которые построены скорее в прагматическом стиле, без непосредственного отношения к теории. Примером такой методики является Гиссенская анкета жалоб, которая состоит из вопросов, касающихся жалоб на общее самочувствие, боль, нарушение эмоциональности, а также истериформных жалоб, которые распространены в амбулаторной психотерапевтической практике. Все подобные тесты стандартизированы на репрезентативной выборке населения и группах больных, так что с их помощью можно диагностически оценивать данные отдельных пациентов. Психологические тесты могут дополнить, но никак не заменить общую диагностику. В индивидуальной клинической диагностике они имеют вспомогательное значение.

# Глава 1 БАЗОВЫЕ МЕТОДЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОДИАГНОСТИКИ

## 1.1. Анамнестический расспрос и наблюдение

Анамнестический расспрос – это сбор сведений от больного для установления диагноза и прогноза заболевания. Анамнез включает расспрос о проявлениях и течении болезни, а также о прошлой жизни, о семье, наследственности, перенесенных заболеваниях, травмах, профессиональной деятельности, об условиях жизни, вредных привычках и др. При этом очень важно получить от больного сведения для оценки его личности как сложившейся системы отношений к самому себе и, в особенности, отношения к болезни и оценки того, насколько болезнь изменила всю эту систему, выявить, какое отражение болезнь получает в субъективном мире больного, как сказывается на его поведении, на всей системе личностных отношений. Расспрос целесообразно проводить по определенному плану: наследственность, семейный анамнез, особенности физического и психического развития в младенческом и дошкольном периоде, во время обучения в школе, характерологические особенности, семейная жизнь пациента, перенесенные заболевания, анамнез болезни (когда впервые появились патологические явления, как менялась симптоматика в дальнейшем, были ли периоды полного здоровья), произошли ли с годами изменения личности, памяти и интеллекта. Следует выяснить, как болезнь сказывается на работоспособности больного, на его служебном положении, на отношении с родственниками и сослуживцами, на семейном статусе и интимной жизни больного. Расспросить о наиболее тяжелых событиях прошлой жизни и реакции на них; вредных привычках (употребление алкоголя, наркотиков, курение).

Наблюдение позволяет увидеть поведение больного во всей широте его проявлений. Поведение пациента должно быть оценено во многих ситуациях, где могут раскрыться особенности его психического состояния и черты его личности. К этим ситуациям относятся: осмотр больного специалистами, подготовка и проведение болезненных и ответственных процедур; свидание с родными и близкими; моменты, когда больной узнает или становится свидетелем неблагоприятного исхода у других больных, страдающих сходным заболеванием. При наблюдении выявляются общительность или замкнутость, живой, веселый нрав или склонность к унынию, тревожная озабоченность или нарочитая бравада, подчеркнутая деликатность или быстро утрачиваемое чувство дистанции, неторопливая обстоятельность или суетливость в мыслях и действиях, болтливость либо осторожная осмотрительность в ответах, сдержанность в проявлении чувств или эмоциональная лабильность. Все это дает немало материала и для оценки психического состояния, и для суждения о личности.

## 1.2. Индивидуальная беседа

В результате беседы важно не только получить необходимые сведения о человеке, но и оказать на него положительное психологическое воздействие.

Задавая вопросы, необходимо плавно и непринужденно переходить от одной сферы проблем к другой и уже затем сосредоточиться на деталях. Следует избегать моральных оценок и нравучений, а также записей во время беседы. Если при обсуждении каких-либо проблем собеседник раздражается или становится подавленным, нужно тактично прокомментировать это («Я заметил, что это вас расстраивает») и снять эмоциональное напряжение.

В ходе беседы целесообразно затронуть следующие темы.

1. *Семья* – ее состав, жилищные условия, материальное положение, возраст родителей, братьев и сестер (если умерли, какова была причина смерти), их профессии, черты характера, кто из членов семьи занимался воспитанием и с кем наиболее близок, конфликтные отношения внутри семьи, их причины и отношение к ним. В случае распавшейся семьи необходимо выяснить, сколько было лет пациенту, когда это случилось, его отношение к разводу родителей, поддерживает ли контакт с родителем, ушедшим из семьи.

2. *Учеба и трудовой путь* – успеваемость, отношения со школьными товарищами и учителями, участие в общественной работе, интерес к неформальной социальной активности, имевшиеся нарушения дисциплины, прогулы, или страх перед школой, чем они были вызваны. Сколько окончил классов, с какими оценками, где и как продолжал образование? В каком возрасте начал работать, имеет ли специальность, какие были отношения с товарищами по работе и администрацией: если рабочих мест было много, каковы причины смены мест работы? Планы на будущее в отношении приобретения профессии, способность учитывать возможные трудности, соотносить желаемое и возможное.

3. *Отношения со сверстниками* – предпочтение одного близкого друга или компании приятелей, положение среди товарищей (лидер, преследуемый изгой, независимый одиночка и т. п.), причины выбора приятелей – по общности увлечений, для компании в увеселениях и т. п. Являлся ли членом какой-нибудь подростковой или молодежной группы, какова в ней была ориентация, иерархия власти? Каковы отношения с противоположным полом, есть ли девушка (жена, дети), как переносит разлуку?

4. *Увлечения в настоящем и прошлом* – занятия, требующие кропотливой аккуратности, силовые виды спорта, азартные игры и поверхностное общение со сверстниками, религия, философия, особые пищевые привычки и т. п. Под чьим влиянием был сделан выбор, препятствовали или поощряли то или иное увлечение родители, каковы были достигнутые результаты, почему были оставлены, нет ли к ним необычного, сверхценного интереса?

5. *Нарушения поведения в прошлом* – прогулы, мелкое хулиганство, курение, выпивки и знакомство с другими дурманящими веществами (в каком количестве, как часто, на протяжении какого времени, с какими последствиями, имеется ли зависимость), побеги из дома; задерживался ли милицией (за что и когда), состоял ли на учете в инспекции по делам несовершеннолетних и почему. Если на этот счет имеется дополнительная информация, следует предложить объяснить ее, опровергнуть, прокомментировать.

6. *Наиболее неприятные события в прошлой жизни и реакция на них*. Наличие в прошлом мыслей о самоубийстве и обстоятельства, при которых они возникли, совершались ли суицидные попытки, когда, каким способом, кому они были адресованы? При затруднениях ответить на вопрос о наиболее тяжелых событиях в жизни следует прибегнуть к наводящим вопросам: с кем пришлось расстаться, о ком потом скучал, как переносит разлуку с теми, к кому привязан, когда и кто несправедливо наказал, где, в каком обществе, при контактах с кем почувствовал себя невыносимо тяжело, в чем или в ком разочаровался? Как переносит и ищет

выход из подобных ситуаций? Не находится ли в настоящее время в какой-то психотравмирующей ситуации?

7. *Перенесенные заболевания и травмы* – как они сказались на самочувствии, на учебе и на положении среди сверстников. Наличие в настоящем и прошлом жалоб на здоровье, нарушение сна, аппетита, настроения. Даже если при затрагивании этой темы складывается впечатление, что обследуемый симулирует, стремится изображать наличие у себя несуществующей болезни, необходимо помнить о том, что такое поведение нередко наблюдается у лиц, имеющих те или иные психические отклонения, и в этом случае следует направить его на консультацию к врачу. 8. *Особенности характера*. Можно начать с вопроса: «Я хотел бы узнать, каким вы видите самого себя. Расскажите мне, какой вы человек». Дальнейшие вопросы должны коснуться социальных навыков и отношений: открытость или сдержанность, количество друзей, самокритичность, уровень самооценки. Легко или с трудом устанавливает контакты? Справляется ли с одиночеством без особых проблем? Находится ли в сильной зависимости от других лиц? Является ли застенчивым, замкнутым, бойким, жизнерадостным, способен без труда выразить себя? Настроение: быстрые перепады или незначительные колебания? Озабоченный или веселый? Обидчивый или уравновешенный? Злопамятный или отходчивый? Является педантичным или беспечным, импульсивным, имеет живую фантазию, раздражителен, агрессивен, склонен ли к насилию? Как реагирует на неприятности и на перемены в жизни?

Ниже приведен ориентировочный план беседы (табл. 1), в котором даны темы для обсуждения, позволяющие получить сведения о личности обследуемого и условиях его жизни. План беседы дополняется перечнем признаков нервно-психической неустойчивости, которые могут быть выявлены в беседе и при наблюдении за поведением обследуемого.

При выяснении ряда моментов, особенно касающихся интимной сферы, предпочтительна постановка вопросов в косвенной форме. Не следует в ходе беседы давать какие-либо оценки обследуемому, сообщать ему свое мнение по поводу ответов на поставленные вопросы. В тех случаях, когда обследуемый не желает отвечать на поставленный вопрос, не следует настаивать на немедленном и прямом ответе. Целесообразно вернуться к интересующему моменту в другой части беседы, поставив соответствующий «скрытый», косвенный вопрос.

Таблица 1

**Ориентировочный план индивидуальной беседы с целью выявления признаков нервно-психической неустойчивости**

Темы для обсуждения	Перечень признаков нервно-психической неустойчивости и условий, способствующих ее развитию
Положение в семье: родители и близкие родственники	Воспитывался без родителей Умер один из родителей Родители в разводе Близкие родственники или родители страдают (страдали) психическими заболеваниями Родители или близкие родственники имели судимость
Взаимоотношения в семье: стиль воспитания	Неприятное отношение к родителям Плохие взаимоотношения в семье Чрезмерно строгое воспитание Чересчур мягкое («тепличное») воспитание Безнадзорность Побеги из дома
Употребление алкоголя в семье	Отец (мать) злоупотреблял(а) спиртными напитками Отец (мать) лечился(ась) от алкоголизма Тяжелые жилищно-бытовые условия

Темы для обсуждения	Перечень признаков нервно-психической неустойчивости и условий, способствующих ее развитию
Школа: успеваемость в школе	Очень низкая
поведение	Значительные нарушения дисциплины в школе
общительность, участие в общественной работе	Замкнутость, боязнь выступлений перед аудиторией
взаимоотношения с товарищами по учебе	Значительные и частые конфликты с товарищами
Профессиональная деятельность: оценка со стороны руководства	Наличие поощрений или взысканий
трудовая дисциплина	Нарушения производственной дисциплины (опоздания, прогулы и т. п.)
взаимоотношения с членами коллектива	Значительные и частые конфликты с товарищами по работе
работоспособность	Низкая работоспособность, быстрое наступление усталости
Употребление алкоголя, наркотиков, курение	Систематическое употребление алкоголя Признаки алкоголизма Раннее начало употребления алкоголя (в 13–15 лет) Раннее начало курения (в 13–15 лет) Употребление наркотиков
Поведение в конфликтных ситуациях: наличие конфликтов и частота их возникновения	Многочисленные конфликты в семье, школе, на производстве и в других коллективах
поведение в конфликтных ситуациях	Повышенная раздражительность, вспыльчивость Агрессивность Чрезмерные агрессивные реакции
Интересы, направленность личности	Эгоистическая направленность интересов Концентрация интересов на сфере отдыха и развлечений Антисоциальная направленность личности Сверхценные идеи Отсутствие определенных целей в жизни, определяемое низким общим развитием

Темы для обсуждения	Перечень признаков нервно-психической неустойчивости и условий, способствующих ее развитию
Общительность, доброжелательность, наличие друзей	Необщительность, замкнутость
Легкость и частота социальных контактов	Стеснительность, робость, застенчивость Чрезмерная общительность, депрессивные реакции в одиночестве
Отношение к окружающим	Отчуждение от коллектива по причине низкого общего развития Постоянное желание быть в центре внимания Подозрительность, злобность, мнительность по отношению к товарищам Ощущение несправедливого отношения со стороны окружающих, обидчивость, мстительность Чрезмерно выраженные явления адаптационного периода
Состояние здоровья: вопросы, касающиеся жалоб на состояние здоровья, травм головы, основных невротических и некоторых психопатологических симптомов	Многочисленные жалобы на состояние здоровья В анамнезе тяжелые травмы головы с потерей сознания Повышенная утомляемость Расстройства сна (длительное засыпание, поверхностный сон, частые пробуждения ночью, устрашающие сновидения) Ощущение усталости и вялости по утрам Сонливость днем Нетерпеливость, непоседливость, суетливость Гипергидроз (повышенная потливость) Раздражительность, вспыльчивость Головные боли Головокружения Обмороки Повышенная тревожность Преобладание беспричинно плохого настроения Преобладание беспричинно приподнятого настроения Беспричинные периодические перемены настроения Плаксивость Частые ощущения «комка» в горле Трудности сосредоточения внимания Плохая память Навязчивость Страхи (фобии) Частые сомнения в правильности выполнения действий (закрыл ли дверь, выключил ли газ, свет и т. п.) Снохождение Энурез (ночное недержание мочи)

Темы для обсуждения	Перечень признаков нервно-психической неустойчивости и условий, способствующих ее развитию
Отношение к противоположному полу	Раннее начало половой жизни Беспорядочные и многочисленные половые связи Повышенный интерес к сексуальным вопросам Чрезмерная фиксация внимания на вопросе о верности подруги (друга) Сведения о сексуальных отклонениях
Общее развитие (оценивается по результатам обсуждения всех тем беседы)	Отсутствие элементарных знаний Непонимание сущности явлений Малый запас слов Примитивность суждений Очень низкая успеваемость в школе
Поведение в процессе беседы (оцениваются особенности поведения испытуемого во время беседы)	Развязное поведение Враждебное отношение к проводящему беседу Замкнутость Стеснительность, нерешительность, робость Плаксивость Усталый, угнетенный вид у испытуемого Нетерпеливость, суетливость Заикание Тик, дрожание, судорожные подергивания мышц Недостатки артикуляции (косноязычие, шепелявость) Неловкость, угловатость движений

С момента первой беседы с пациентом начинается его всестороннее изучение. Уже здесь достаточно отчетливо могут выступить общительность или замкнутость, живой, веселый нрав или склонность к унынию, тревожная озабоченность или нарочитая бравада, подчеркнутая деликатность или быстро утрачиваемое чувство дистанции, неторопливая обстоятельность или суетливость и поспешность в мыслях и действиях, болтливость или осторожная осмотрительность в ответах, сдержанность в проявлении чувств или эмоциональная неуравновешенность.

### **1.3. Опросник Мини-Мульт (сокращенный вариант Миннесотского многомерного личностного перечня ММРІ)**

ММРІ был предложен американскими психологами в 1940–1950-х годах. Адаптация ММРІ была проведена в СССР в 1960-х годах в Институте им. В. Н. Бехтерева Ф. Б. Березиным и М. П. Мирошниковым (Приложение 1).

Опросник Мини-Мульт представляет собой сокращенный вариант ММРІ, содержит 71 вопрос, 11 шкал, из них три – оценочные. Первые три оценочные шкалы измеряют искренность испытуемого, степень достоверности результатов тестирования и величину коррекции, вносимую чрезмерной осторожностью. Остальные 8 шкал являются базисными и оценивают свойства личности.

## **Конец ознакомительного фрагмента.**

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.