Тема 7. Діагностика особистості: опитувальники та проєктивні техніки

План лекції

7.1. Самозвіт і проєктивний матеріал як два шляхи вивчення особистості, багатовимірні опитувальники

7.2. Шкали достовірності, проєктивні техніки й цілісна інтерпретація профілю

7.3. Риса й стан у кризі, діагностика у відборі й консультуванні, висновок про особистість

Література: [7, 8, 9, 14, 16, 20, 22]

7.1. Самозвіт і проєктивний матеріал як два шляхи вивчення особистості, багатовимірні опитувальники

Особистість у психодіагностиці розглядають як стійку систему диспозицій (рис), мотивів, цінностей, когнітивно-афективних схем і способів саморегуляції, що забезпечують індивідуальну своєрідність поведінки. Теоретичні підходи визначають конструкти й інструменти: рисовий підхід (Г. Олпорт, Р. Кеттелл, Г. Айзенк, П. Коста, Р. Мак-Крей) виокремлює вимірювані риси; психодинамічний – мотиви й захисні механізми; когнітивно-поведінковий – переконання й копінг; психопатологічний – клінічні дисфункції [14]. Вибір інструментарію залежить від теоретичної рамки запиту.

Дві стратегії вивчення особистості – самозвіт і проєкція – мають різну логіку. Опитувальник пропонує структуровані твердження, на які особа відповідає свідомо («так/ні», шкалою згоди), а результат подається через шкали, що відображають вираженість рис. Проєктивний метод пропонує неоднозначний стимул, на який особа відповідає вільно, а інтерпретація ґрунтується на припущенні, що тлумачення відображає внутрішні психічні зміст. Опитувальники надійніші, а проєктивні методи можуть надавати

інформацію про менш усвідомлювані змісти, але мають нижчу стандартизацію й валідність [16].

Серед самозвітних інструментів багатовимірні опитувальники особистості створюють за трьома основними стратегіями. Раціонально-теоретична стратегія виводить пункти з теорії конструкту. Емпірична (критеріальна) стратегія відбирає пункти за здатністю розрізняти групи (пацієнти й норма): так створено MMPI. Факторно-аналітична стратегія групує пункти за результатами факторного аналізу: так створено опитувальник Р. Кеттелла та п’ятифакторні опитувальники. Сучасні інструменти зазвичай поєднують ці підходи.

На відміну від рисових моделей, типологічний індикатор Майєрс–Бріггс (MBTI, форма із 93 пунктів) поділяє особистість на 16 типів за чотирма дихотоміями. Його психометрична критика стосується низької ретестової стабільності категорій (значна частка респондентів змінює тип за повторного обстеження через кілька тижнів) і відсутності двомодального розподілу, який вимагала б категоріальна модель. Тому для відбору, професійної придатності й кадрових рішень його не застосовують, а як навчальний інструмент самопізнання використовують з обмеженнями.

Окрему групу самозвітних інструментів становлять шкали соціальної бажаності (шкала Краун–Марлоу, 33 твердження «правильно/неправильно» про малоймовірно чесні вчинки; інвентар бажаних відповідей Д. Паулхуса, 40 тверджень двох типів: самообманливе завищення та управління враженням), які оцінюють тенденцію подавати себе у кращому світлі. Високі бали за управлінням враженням у відборі розцінюють як ознаку свідомого самопредставлення, а за самообманливим завищенням – як стійку особистісну характеристику. Жодна шкала не доводить нещирості окремої відповіді. Окремо слід зауважити, що ретестова стабільність п’ятифакторних шкал упродовж кількох місяців становить приблизно 0,75–0,85, що вказує на відносну стабільність рис. Вона знижується зі збільшенням інтервалу.

Найвідомішим представником емпіричної стратегії є Міннесотський багатопрофільний особистісний опитувальник MMPI-2 (567 тверджень, формат «правильно/неправильно»), який містить десять клінічних шкал: іпохондрія (Hs), депресія (D), істерія (Hy), психопатична девіація (Pd), мужність–жіночність (Mf), параноя (Pa), психастенія (Pt), шизофренія (Sc), гіпоманія (Ma), соціальна інтроверсія (Si), а також змістові шкали й шкали додаткових характеристик. Результати виражають уніфікованими Т-балами (середнє 50, стандартне відхилення 10). Підвищення понад 65 Т-балів розглядають як клінічно значуще, але інтерпретують профіль загалом (піки, форму, кодові типи), а не окремі шкали. Скорочені й переглянуті версії (MMPI-2-RF із 338 пунктів, MMPI-3) забезпечують менший час проведення та кращу психометричну структуру.

Поряд із MMPI-2, опитувальник темпераменту і характеру К. Клонінджера (TCI, 240 тверджень) вимірює чотири виміри темпераменту (пошук новизни, уникання шкоди, залежність від винагороди, наполегливість) і три виміри характеру (самоспрямованість, кооперативність, самотрансценденція). Для діагностики в екстремальних професіях значущі уникання шкоди (схильність до тривоги й обережності), пошук новизни (імпульсивність, схильність до ризику) і самоспрямованість (цілеспрямованість, відповідальність).

Інтерпретація MMPI-2 починається з перевірки валідності: протокол вважають недійсним за понад 30 пропущених відповідей, за значень VRIN або TRIN (Т-бал 80 і вище). Підвищення L чи K (Т-бал 65 і більше) вказує на захисний стиль відповідей, тоді як різке підвищення F і Fp – на перебільшення симптомів або тяжкий дистрес. Кодові типи формують за двома найвищими клінічними шкалами: 1–3 (іпохондрія та істерія; соматизація тривоги), 2–7 (депресія та психастенія; тривога, самокритичність), 4–9 (психопатична девіація та гіпоманія; імпульсивність), 6–8 (параноя та шизофренія; підозрілість, порушення мислення), 2–4 (депресія та психопатична девіація; відчуття

провини після порушення норм). Значення кодових типів орієнтовні й залежать від контексту та інших шкал.

Достовірність протоколу оцінюють до змістових висновків також за відсотком пропущених відповідей, часом заповнення і відповідністю профілю контексту (відбір, експертиза, скарги). Для коригування клінічних шкал застосовують K-поправку, яка додає частину сирого бала шкали K до сирих балів шкал Hs, Pd, Pt, Sc та Ma, компенсуючи вплив захисності на їх підвищення.

Версія MMPI-2-RF (338 пунктів) містить 51 шкалу: дев’ять шкал валідності, три шкали вищого порядку (емоційні/внутрішні, мисленнєві, поведінкові/зовнішні дисфункції), вісім перебудованих клінічних шкал, 25 шкал специфічних проблем та п’ять шкал психопатологічних особистісних рис. MMPI-3 (335 пунктів) має оновлені норми. Перебудовані клінічні шкали звільнені від спільної для первинних шкал загальної деморалізації, що підвищує їх розбіжну валідність.

Іншу, факторно-аналітичну традицію представляє п’ятифакторна модель особистості (нейротизм, екстраверсія, відкритість до досвіду, доброзичливість, сумлінність), яка є найпоширенішою рисовою моделлю. Опитувальник NEO-PI-R (240 пунктів) вимірює п’ять доменів і по шість фасетів кожного. Скорочений NEO-FFI містить 60 пунктів. Надійність доменів висока (альфа 0,86–0,92), а валідність підтверджена міжкультурними й лонгітюдними дослідженнями. Особливий інтерес для військової, рятувальної та кризової діагностики мають нейротизм (схильність до негативних афектів, прогностично пов’язана з вразливістю до стресу) і сумлінність (прогностично пов’язана з успішністю виконання завдань).

Для групових обстежень і моніторингу застосовують короткі форми вимірювання п’яти факторів: опитувальник «Велика п’ятірка» (BFI, 44 пункти), десятипунктний опитувальник TIPI і сучасні редакції BFI-2 (60 пунктів), публічні банки пунктів IPIP. Надійність надкоротких форм нижча, ніж повних,

тому їх не застосовують для індивідуальних рішень. Модель HEXACO додає шостий чинник – чесність–скромність, що пов'язаний із ризиком неетичної поведінки у відборі.

На відміну від рисових шкал, особистісні розлади діагностують за допомогою спеціальних інструментів: клінічний багатоосьовий опитувальник Т. Мілона (MCMI), опитувальник оцінки особистості (PAI, 344 пункти, 22 шкали із шкалами достовірності), структуровані клінічні інтерв'ю щодо особистісних розладів. Ці методи потребують кваліфікації клінічного рівня. Інтерпретація «розладу» за скринінговими шкалами недопустима [14].

Сучасні класифікації переходять до вимірного опису особистісної патології. У DSM-5 альтернативна модель особистісних розладів оцінює порушення функціонування (критерій А: ідентичність, самоспрямування, емпатія, інтимність) та патологічні риси (критерій Б: негативна афективність, відчуженість, антагонізм, дезінгібіція, психотизм). Для самозвіту використовують особистісний опитувальник PID-5 (220 пунктів, коротка форма – 25). У МКХ-11 особистісний розлад визначають за ступенем тяжкості (легкий, помірний, тяжкий) з уточненням рисових доменів (негативна афективність, відчуженість, дисоціальність, дезінгібіція, ананкастність). Скринінгові версії (SCID-5-SPQ) виявляють потребу в структурованому інтерв'ю щодо особистісних розладів, але самі діагнозу не встановлюють.

Для оцінки станів, на відміну від рис, застосовують інструменти, чутливі до змін: шкала Ч. Спілбергера розрізняє ситуативну (стан) і особистісну (риса) тривожність; шкали настрою, втоми, напруженості, функціонального стану. Розрізнення рис і станів є принциповим для коректної інтерпретації: висока ситуативна тривога перед завданням – нормативна реакція, а висока особистісна – стабільна схильність.

Захисні механізми та копінг оцінюють окремими інструментами. Опитувальник стилів захисту (DSQ-40) вимірює зрілі, невротичні та незрілі стилі. Опитувальник копінгу COPE (60 пунктів, 15 шкал; скорочена форма Brief

COPE – 28 пунктів, 14 шкал) охоплює активне подолання, планування, пошук підтримки, прийняття, заперечення, вживання речовин, поведінкове відсторонення. Опитувальник Н. Ендлера та Дж. Паркера (CISS, 48 пунктів) розрізняє копінг, орієнтований на завдання, на емоції та на уникання. Опитувальник способів подолання Р. Лазаруса (66 пунктів) оцінює вісім стратегій. Ці методики описують переважний стиль, але не доводять його ефективності, яка залежить від контрольованості ситуації.

Психологічну стійкість (резилієнтність) оцінюють шкалою К. Коннор і Дж. Девідсона (CD-RISC: 25 пунктів за п’ятибальною шкалою, діапазон 0–100) та шкалою життєстійкості С. Мадді, що охоплює три компоненти: залученість, контроль, прийняття ризику. Українські розробки діагностики професійної життєстійкості та психофізіологічної стійкості військовослужбовців дають нормативні дані для вибірок військових (для рятувальників, поліцейських і медиків норми збирають окремо) і визначають відповідні межі застосування [7; 8].

Методики. MMPI-2: 567 тверджень «правильно/неправильно»; шкали – 10 клінічних (Hs, D, Hy, Pd, Mf, Pa, Pt, Sc, Ma, Si), 7 шкал достовірності (L, F, K, Fb, Fp, VRIN, TRIN), змістові шкали (15), додаткові шкали (наприклад, шкала посттравматичного стресового розладу PK, залежності AAS); шкалювання – T-оцінки; клінічний поріг – T-бал 65 і більше; тривалість – 60–90 хвилин; користувач – психолог із клінічною підготовкою; сильна сторона – шкали достовірності, широка доказова база; обмеження – тривалість, залежність від освіти (рівень читання), необхідність адаптованих норм.

NEO-PI-R: 240 тверджень зі шкалою від «категорично не згоден» до «повністю згоден»; п’ять доменів (нейротизм, екстраверсія, відкритість, доброзичливість, сумлінність) і по шість фасетів; надійність доменів – 0,86–0,92, фасетів – 0,56–0,81; тривалість – 30–40 хвилин; скорочена форма NEO-FFI (60 пунктів) – 10–15 хвилин; сильна сторона – теоретична обґрунтованість,

міжкультурна підтримка; обмеження – відсутність шкал достовірності у стандартній формі, вразливість до соціальної бажаності.

7.2. Шкали достовірності, проєктивні техніки й цілісна інтерпретація профілю

Шкали достовірності забезпечують контроль якості самозвіту. У MMPI-2 використовують сім основних шкал достовірності. Шкала L (брехня) виявляє спробу створити надмірно сприятливе враження. Шкала F (нечастих відповідей) фіксує відповіді, нетипові для загальної вибірки, та вказує на симуляцію, випадкові відповіді або тяжкий стан. Шкала K (захисність) відображає схильність мінімізувати проблеми й використовується для корекції окремих клінічних шкал. Шкали VRIN і TRIN визначають непослідовність відповідей і тенденцію до однозначної згоди або незгоди. Шкали Fb та Fp допомагають оцінити достовірність у другій половині тесту та рідкісні відповіді.

Інтерпретація достовірності має передувати змістовій інтерпретації. Високі L і K разом із низькою F указують на дисимуляцію (характерно для відбору на посаду або за побоювання наслідків діагностики); високі F і Fp за контексту, що передбачає вигоду від симптомів (компенсація, експертиза), – на можливу симуляцію або перебільшення; висока F без вигоди може вказувати на тяжкий дистрес. Контекст запиту є частиною інтерпретації, і результат без шкал достовірності є недостатнім для висновку [16].

Проєктивні техніки мають інший статус: методику незакінчених речень, малюнкові тести («Будинок – дерево – людина», «Малюнок людини», «Неіснуюча тварина», «Малюнок сім’ї») та тест Розенцвейга (реакції на фрустрацію) використовують як допоміжні. Метааналітичні дослідження свідчать, що валідність більшості проєктивних показників для діагностики розладів є помірною або недостатньою, а надійність оцінювання залежить від кваліфікації фахівця. Тому проєктивні методики застосовують для

формулювання гіпотез і підтримки бесіди, поєднуючи з іншими даними. Не слід використовувати їх як єдиний критерій придатності, діагностики розладу або прогнозу поведінки [14; 20]. Окремі кольорові й символічні тести з обмеженою доказовістю не використовують для відбору чи експертизи.

Метааналіз Дж. Міхури зі співавторами (2013) показав, що значна частина показників Роршаха має валідність, зіставну з валідністю опитувальників щодо відповідних критеріїв (порушення мислення, об'єктивні поведінкові критерії), водночас критики вказують на проблеми норм системи Екснера й залежність результату від кількості відповідей. Малюнкові тести (дерево, людина, сім'я, неіснуюча тварина) не мають достатніх доказів валідності для діагностики розладів, травматичного досвіду чи стосунків у родині. Малюнок людини за системою Ф. Гудінаф і Д. Гарріса використовують для оцінки когнітивної зрілості дітей. Усі проєктивні матеріали застосовують для формулювання гіпотез і підтримки бесіди, а не для рішень про придатність, діагноз чи прогноз.

Помилки інтерпретації: надмірна довіра до «програмних» автоматичних описів без перевірки; ефект Форера (сприйняття універсальних тверджень як влучного опису саме цієї особи); перенесення результатів з однієї вибірки на іншу без норм; ігнорування базового рівня поширеності; «діагностика» за одним показником; використання особистісних рис як пояснення поведінки без урахування ситуації [9; 22].

Ефект Форера (Барнума) було показано Б. Форером (1948): студенти оцінювали універсальний за змістом «опис особистості» в середньому на 4,3 з 5 балів як влучний щодо себе. Звідси вимога до висновку: твердження мають бути специфічними, перевірюваними й виведеними з даних конкретного обстеження.

Показники групової діагностики (індивідуально-типологічні профілі підрозділу чи зміни) застосовують для оцінки психологічного клімату та складу команди: частка осіб із високим нейротизмом, низькою сумлінністю, високою агресивністю. Їх подають агрегованими без ідентифікації осіб, а висновки

спрямовують на організаційні заходи (навантаження, розподіл ролей), а не на індивідуальне оцінювання.

Методики. Опитувальник Р. Кеттелла (16PF): 16 первинних чинників і 5 глобальних; форми A–E (від 105 до 187 пунктів, залежно від версії); шкалювання – стени (1–10); охоплює шкали стилю відповідей (позитивне враження, нечастість, схильність до згоди); використовується для оцінки стилю поведінки й міжособистісних особливостей; обмеження – вузькі сфери використання за кваліфікації.

EPQ (Г. Айзенк): три основні виміри – екстраверсія (E), нейротизм (N), психотизм (P) і шкала брехні (L); версії від 48 до 90 пунктів; відповіді «так/ні»; тривалість 10–15 хвилин; інтерпретується за положенням на осях (наприклад, стабільний екстраверт, нестабільний інтроверт); шкала L виявляє соціально бажане відповідання; обмеження – прості двопозиційні відповіді, помірна надійність шкали психотизму.

Опитувальник Леонгарда–Шмішека: 88 тверджень, десять акцентуацій; результати виражають у балах з коефіцієнтами; використовується для опису стилю реагування, не для діагностики розладів; обмеження – слабша психометрична обґрунтованість порівняно з рисовими моделями.

7.3. Риса й стан у кризі, діагностика у відборі й консультуванні, висновок про особистість

Ситуація кризи й травматичного стресу змінює результати особистісних опитувальників: гострий дистрес підвищує показники депресивності, тривожності й підозрілості, змінює стиль відповідей. Тому у кризовому стані особистісні риси оцінюють з обережністю й повторюють вимір після стабілізації. Розрізнення риси й стану дає змогу уникнути хибного висновку про «характер» там, де йдеться про реакцію на надзвичайну подію. Основою такого розрізнення є порівняння з преморбідним функціонуванням (розповідь особи, близьких, службові характеристики).

Особистісна діагностика в професійному відборі спирається на професіограму: визначають критично важливі для діяльності якості (емоційна стійкість, самоконтроль, відповідальність, здатність до командної співпраці, імпульсивність як фактор ризику) і підбирають методи, валідні для цих якостей. Для військових, рятувальних і правоохоронних спеціальностей застосовують стислі опитувальники нервово-психічної стійкості, схильності до ризикової поведінки, агресивності, а також багатошкальні інструменти з перевіреними шкалами достовірності. Прогностична валідність особистісних опитувальників у відборі має помірну величину (кореляції з критеріями успішності зазвичай 0,2–0,4), тому їх використовують у комплексі з когнітивними тестами, інтерв'ю й оцінкою поведінки [7; 8].

Мотивація досліджуваного під час відбору (дисимуляція) знижує достовірність. Захистом слугують вимушений вибір, шкали соціальної бажаності, контроль відповідей та інтерв'ю для уточнення суперечностей. Етична практика вимагає пояснення, що висновки ґрунтуються на сукупності даних і не зводяться до одного тесту, а особа має право на зворотний зв'язок [9].

Це підтверджується даними: у відбіркових ситуаціях кандидати отримують вищі бали за емоційною стабільністю та сумлінністю, ніж особи, які проходять обстеження без наслідків для себе: метааналітичні оцінки зсуву становлять близько 0,4–0,5 стандартного відхилення. Такий зсув змінює ранжування кандидатів і знижує відмінності між ними, що є додатковим обґрунтуванням комбінування самозвіту з поведінковими методами та шкалами достовірності.

Діагностика особистості в консультуванні має іншу мету: допомогти особі краще розуміти себе й планувати зміни. Тут результатом є діалог: обговорення профілю, пошук підтвердження в досвіді, формулювання ресурсів і зон розвитку. Інструменти добирають з урахуванням запиту (стиль взаємодії, стратегії подолання стресу, цінності), а подання результатів уникає ярликів та акцентує зміну й потенціал розвитку [20].

Діагностика механізмів захисту, копінг-стратегій і стилів саморегуляції є важливим доповненням до рисового опису. Вона визначає, як особа справляється з труднощами (копінг, орієнтований на розв'язання проблеми, на емоції або на уникання), і має практичне значення для планування підтримки: військовослужбовцю чи рятувальнику зі схильністю до уникання доцільна поступова робота з експозицією до складних тем, а особі з імпульсивністю – навчання технікам самоконтролю. Такі профілі допомагають добирати втручання, але не пояснюють поведінку повністю [14].

Окремі риси, значущі для служби, вимірюють спеціальними шкалами. Шкала пошуку відчуттів М. Цукермана (40 пар тверджень) має чотири субшкали: пошук гострих відчуттів і пригод, пошук досвіду, розгальмованість, схильність до нудьги. Торонтська алекситимічна шкала (TAS-20, 20 пунктів; три чинники: труднощі ідентифікації почуттів, труднощі опису почуттів, зовнішньо орієнтоване мислення) класифікує результат як алекситимію за суми 61 і більше та як її відсутність за 51 і менше. Алекситимія пов'язана з соматизацією, труднощами в психотерапії та посттравматичною симптоматикою. Шкала самоповаги Розенберга налічує 10 пунктів за чотирибальною шкалою (діапазон 10–40, нижні значення відповідають низькій самоповазі), а шкала локусу контролю Дж. Роттера складається з 23 пар тверджень, що розрізняють внутрішній і зовнішній локус.

Загальна самоефективність вимірюється шкалою Р. Шварцера й М. Єрусалема (10 пунктів, відповіді 1–4, діапазон 10–40, вищі бали відповідають вищій вірі у власні можливості). Диспозиційний оптимізм оцінює переглянутий тест життєвої орієнтації (LOT-R, 10 пунктів, з яких 6 враховують у підрахунку – три оптимістичні й три песимістичні, діапазон 0–24). Обидві шкали використовують як індикатори ресурсу у дослідженнях стійкості, але вони не мають клінічних порогів і не призначені для рішень про придатність.

Цінності діагностують опитувальником Ш. Шварца (PVQ), який вимірює десять базових цінностей (самостійність, стимуляція, гедонізм, досягнення,

влада, безпека, конформність, традиція, доброзичливість, універсалізм) у двовимірному просторі: відкритість до змін–консерватизм і самозвеличення–самотрансценденція. Для діагностики в екстремальних професіях важливі позиції безпеки, традиції, конформності й доброзичливості як чинників згуртованості та мотивації служби й професійної діяльності.

Висновок про особистість формулюють у функціональних категоріях: сильні сторони (стійкість, відповідальність, комунікативність), зони ризику (імпульсивність, схильність до уникання, підвищена тривожність), рекомендації щодо умов діяльності й подальшої підтримки. Зважають на стан досліджуваного на момент обстеження, надійність методів та їх обмеження. Висновок не містить психіатричних діагнозів і категоричних прогнозів [16].

Методики. Тест Роршаха: 10 карток (п’ять чорно-білих, дві чорно-червоні, три кольорові); процедура – фаза вільних відповідей і фаза запитань (уточнення локалізації, детермінант і змісту); кодування – локалізація, детермінанти, якість форми, зміст, популярність, організаційна активність; підсумки – структурне зведення (система Екснера) або показники R-PAS із нормативними даними; тривалість – 60–90 хвилин; сильна сторона – вивчення стилю опрацювання інформації; обмеження – вимоги до навчання, дискусійна валідність окремих показників [14; 20].

Тематичний апперцептивний тест: картки із зображеннями ситуацій; завдання – скласти історію (минуле, теперішнє, майбутнє, почуття героїв); аналіз – потреби, тиск, афекти, розв’язання конфлікту; тривалість – 60–120 хвилин; використовується як допоміжний метод; обмеження – відсутність уніфікованої системи підрахунку, залежність від інтерпретатора.

Особистість у невротичних станах. У психодіагностиці неврозів особистісні методи спрямовані на вивчення індивідуально-типологічних особливостей, захисного стилю, актуального стану, міжособистісної взаємодії та сімейної системи (зокрема за допомогою психосоціограми). Підґрунтям невротичної дезадаптації вважають внутрішньоособистісні конфлікти. Поняття

алекситимії, соматизації та ресоматизації належать до основних теоретичних конструктів психосоматики.

Ключові поняття теми: *риса й стан; самозвіт і проєкція; емпіричний і факторний принципи побудови опитувальників; MMPI-2: клінічні шкали та шкали достовірності; п'ятифакторна модель (NEO-PI-R); проєктивна техніка (Роршах, ТАТ); ефект Форера; дисимуляція й симуляція; цілісна інтерпретація профілю; захисний стиль; психосоціограма.*

Питання для самоперевірки

1. Які теоретичні підходи визначають вибір інструментів діагностики особистості?
2. Які стратегії побудови опитувальників існують і які приклади інструментів їм відповідають?
3. Які клінічні шкали й шкали достовірності містить MMPI-2 і як їх інтерпретують?
4. Що вимірює NEO-PI-R і чому нейротизм і сумлінність мають значення для діагностики в екстремальних професіях?
5. Які проєктивні методики застосовують і чому їх використовують лише як допоміжні?
6. Чим відрізняється діагностика риси від діагностики стану в умовах кризи?
7. Які кроки містить алгоритм цілісної інтерпретації профілю особистості?
8. Які аспекти особистості оцінюють у діагностиці невротичних станів?