

Методика многостороннего исследования личности в клинической медицине и психогигиене. Березин Ф. Б., Мирошников М. П., Рожанец Р. Б. М., «Медицина», 1976, 186 с. с ил.

(модификация и адаптация MMPI — Minnesota Multiphasic Personality Inventory, Hathaway и McKinley в 1941 г.)

Объективная методика для оценки:

- спектра психотропного действия препарата или сочетания препаратов с учетом возможных изменений характера действия в зависимости от исходного психического состояния; сравнения различных психотропных средств по степени их воздействия на определенные аспекты психопатологической симптоматики; выбора наиболее эффективных препаратов или сочетания препаратов для купирования определенных форм психопатологических нарушений; осуществления контроля за динамикой психопатологической симптоматики (с помощью количественной оценки ее), в процессе терапии.

продолжение

- Речь идет не о нозологической психиатрической диагностике, а лишь о получении дополнительных данных, которые могут быть использованы клиницистом.
- Клиницисту-психиатру методика позволяет получить дополнительные данные для оценки различных аспектов психического состояния и эффективности терапии, а также для решения вопросов прогноза, формы и интенсивности психиатрического наблюдения и трудоустройства больного.
- В соматической медицине методика может способствовать раннему выявлению психических факторов, играющих роль в патогенезе ряда соматических заболеваний, и способствовать своевременному устранению этих факторов.

Понятие «норма»

- употребляется для обозначения средней выраженности признака в популяции, а не как антитеза патологии. С такой нормой можно далее сравнивать наличие и распределение признаков в других интересующих исследователя группах популяции. В клинике, например, важно знать, какие уровни выраженности и какие констелляции тех или иных личностных признаков характерны для какого-либо болезненного состояния.
- Проведя тестирование соответствующей группы больных и статистический анализ результатов, исследователь имеет возможность в дальнейшем устанавливать степень сходства личностных признаков испытуемого с таковыми в той или иной группе больных и оценивать вероятность наличия характерного для данной группы больных синдрома. При любом клиническом исследовании клиницист на базе своих профессиональных знаний и личного опыта проводит аналогичное сопоставление обследуемого с различными группами больных и представлениями о норме.

Валидность клинических шкал ММРІ

Названия шкал отражают только наименование группы больных, по которой была валидизирована данная шкала, и не могут служить для выявления определенных нозологических единиц. Больные выступают при этом не как представители определенной нозологии, а как носители «чистых» тенденций, в той или иной степени присутствующих и у здоровых и приобретающих у больных качественно иной характер только в результате количественного нарастания.

- Первая шкала (шкала ипохондрии, Hs)—больные, страдающие ипохондрией. Ипохондрия была определена как патологическое беспокойство за состояние своего физического здоровья. В эту группу вошли только больные с «чистой неосложненной ипохондрией», рассматриваемой авторами теста ММРІ, как форма психоневроза и исключены лица, страдающие другими психическими заболеваниями, больные с ипохондрическим неврозом.
- Вторая шкала (шкала депрессии, D)—больные с классической депрессией. Большую часть этой группы составляли больные, исследованные в период депрессивной фазы маниакально-депрессивного психоза с возможно более чистой депрессивной

продолжение

- Третья шкала (шкала конверсионной истерии, H_u)—больные со склонностью к истерическим реакциям конверсионного типа,.т. е. к возникновению в условиях стресса соматических нарушений типа истерических параличей, расстройств чувствительности, афонии, нарушения вегетативных функций, в возникновении которых играют роль истерические механизмы и т. п.
- Четвертая шкала (шкала асоциальной психопатии, P_d) — лица, страдающие психопатией и отличающиеся повторным или явным нарушением принятых норм поведения и неспособностью к коррекции этих нарушений под влиянием собственного негативного опыта.

продолжение

- Шестая шкала (шкала паранояльности, Pa)— больные с параноидным синдромом различного генеза (в том числе параноидные реакции психопатов, параноя, параноидная шизофрения), характеризующиеся наряду с различными формами бреда параноидной готовностью, выражающейся в подозрительности и ригидности мышления.
- Седьмая шкала (шкала психастении, Pt) — лица, страдающие психопатией психастенического круга и обсессивно-фобическими расстройствами.
- Восьмая шкала (шкала шизоидности, Sc) — больные с различными изменениями личности по шизоидному типу, нередко сочетающимися с продуктивной симптоматикой.
- Девятая шкала (шкала гипомании, Ma)—больные с гипоманией и нерезко выраженной манией, характеризующиеся повышением настроения, увеличением двигательной и идеаторной активности.

продолжение

Отдельно должны быть рассмотрены две из основных шкал ММРІ, в валидизации которых не был соблюден принцип сопоставления с определенной группой больных.

- Пятая шкала (шкала мужских и женских черт характера, Mi) - была валидизирована по группам здоровых мужчин и здоровых женщин. Валидность шкалы была, кроме того, оценена по небольшой, но весьма гомогенной группе гомосексуалов — мужчин.
- Нулевая шкала (шкала социальной интраверсии, Si) была валидизирована по двум группам лиц. Лица, включенные в первую из них, характеризовались стремлением к уклонению от межличностных контактов и социальных обязанностей, а включенные во вторую — стремлением к широким контактам и общественной деятельности.

Основные правила оценки профиля (ММИЛ)

- Профиль должен оцениваться как единое целое, а не как совокупность независимых шкал. Результаты, полученные по одной из шкал, не могут оцениваться изолированно от результатов по другим шкалам.
- При оценке профиля наибольшее значение имеет отношение уровня профиля на каждой шкале к среднему уровню профиля и особенно по отношению к соседним шкалам (пики профиля). Абсолютное значение T-нормы по той или иной шкале менее существенно.
- Профиль характеризует особенности личности и актуальное психическое состояние испытуемого. В клинической практике он отражает особенности психопатологического синдрома, а не нозологическую принадлежность заболевания. Поэтому профиль не может оцениваться как «диагностическая этикетка».
- Полученные результаты не могут рассматриваться как незыблемые, поскольку связь профиля с актуальным психическим состоянием обуславливает его динамику при изменениях этого состояния.
- Интерпретация индивидуальных профилей требует учета всей совокупности данных,

Показатели стандартизации

- В Т-баллах (M= 50, ст. отклонение 10)
- Высокие значения (выше 70 Т-б.)
- Повышение шкалы (56 – 70 Т-б.)
- Средние значения (45-55 Т-б.)
- Понижение шкалы (44 - 30 Т-б.)
- Низкие значения (ниже 30 Т-б.)

- Возрастание в пределах средних значений и некоторое повышение положительно связано с адаптивными свойствами личности.
- Высокие или низкие значения отражают патологические феномены и свидетельствуют о снижении адаптивности.

Оценочные шкалы

Шкала L

- с целью выявления тенденции испытуемого представить себя в возможно более выгодном свете, продемонстрировав строгое соблюдение социальных норм.
- Если результаты по шкале L составляют от 70 до 80 T-баллов, полученный профиль представляется сомнительным, а при результатах свыше 80 T-баллов — недостоверным. Высокие результаты по шкале L обычно сопровождаются снижением уровня профиля по основным клиническим шкалам. Если же, не взирая на высокий результат по шкале L, обнаруживаются значимые повышения уровня профиля по тем или иным клиническим шкалам, они могут быть учтены в совокупности данных, имеющихся в распоряжении исследователя.

Шкала F

- Значительное повышение профиля на этой шкале указывает на случайное или намеренное искажение результатов исследования.

Шкала F

- Если профиль по шкале F превышает 70 T-баллов, результат представляется сомнительным, но может быть учтен при подтверждении другими, в том числе и клиническими, данными. Если результат по шкале F превышает 80 T-баллов, результат исследования следует считать недостоверным. Такой результат может быть вызван техническими ошибками, допущенными при проведении исследования. В тех случаях, когда возможность ошибки исключена, недостоверность результата обуславливается установкой испытуемого или его состоянием. Недостоверный результат, связанный с состоянием больного, может отмечаться при остром психотическом состоянии (нарушение сознания, бред и т. п.), искажающем восприятие утверждений или реакцию на них. Аналогичное искажение может наблюдаться и в случаях тяжелых психотических расстройств, приводящих к дефекту. Сомнительный или недостоверный результат может быть получен у тревожных личностей в тех случаях, где острая потребность в помощи побуждает их давать учитываемые ответы на большую часть утверждений. В этих случаях одновременно с повышением результата по шкале F весь -профиль значительно повышается, но форма профиля при этом не искажается и сохраняется возможность его интерпретации. Наконец, к недостоверному результату могут приводить изменения внимания испытуемого, в результате,

продолжение

- При достоверном результате исследования относительно высокий уровень профиля на шкале F может отмечаться у различных типов неконформных личностей, поскольку такие личности будут обнаруживать реакции, не характерные для нормативной группы, и соответственно чаще давать ответы, учитываемые по шкале F. Нарушение конформности может быть связано со своеобразием восприятия и логики, характерным для лиц шизоидного склада, аутичных и испытывающих затруднения в межличностных контактах, а также с психопатическими чертами у лиц, склонных к неупорядоченному («богемному») поведению или характеризующихся выраженным чувством протеста против конвенциальных норм. Повышение профиля на шкале F может отмечаться также у очень молодых людей в период формирования личности в тех случаях, когда потребность в самовыражении реализуется через неконформность в поведении и взглядах. Выраженная тревожность и потребность в помощи обычно проявляется в относительно высоком уровне результата по описываемой шкале.
- Умеренное повышение на шкале F при отсутствии психопатологической симптоматики обычно отражает внутреннюю напряженность, недовольство ситуацией, плохо организованную активность. Склонность следовать конвенциальным нормам и отсутствие внутренней напряженности обуславливают низкий результат по шкале F.
- В клинически несомненных случаях заболевания повышение профиля по шкале F обычно коррелирует с выраженностью психопатологической симптоматики

Шкала К

позволяет дифференцировать лиц, стремящихся смягчить или скрыть психопатологические явления, и лиц чрезмерно открытых. В оригинальном варианте теста MMPI эта шкала первоначально предназначалась только для исследования степени осторожности испытуемых в ситуации тестирования и тенденции (в значительной мере неосознанной) отрицать имеющиеся неприятные ощущения, жизненные затруднения и конфликты. Результат, полученный по шкале К, добавляется с целью коррекции указанной тенденции к пяти из десяти основных клинических шкал в пропорции, соответствующей ее влиянию на каждую из этих шкал: к первичному результату по седьмой и восьмой шкалам первичный результат по шкале К добавляется полностью; при коррекции к первичному результату, полученному по первой шкале, добавляется $0,5 K$, а к результату, полученному по четвертой - $0,4K$ первичного результата по шкале К.; при коррекции к первичному результату по девятой шкале добавляется $0,2$ первичного результата по шкале К. Результаты, полученные по остальным шкалам, не

Особенности личности испытуемого (по шк. К)

- Лица с высокими показателями по шкале К обычно определяют свое поведение в зависимости от социального одобрения и озабочены своим социальным статусом. Они склонны отрицать какие-либо затруднения в межличностных отношениях или в контроле собственного поведения, стремятся к соблюдению принятых норм и воздерживаются от критики окружающих в той мере, в какой поведение окружающих укладывается в рамки принятой нормы. Явно неконформное, отклоняющееся от традиций и обычаев, выходящее из конвенциональных рамок поведение других людей вызывает у лиц, дающих высокие баллы по шкале К, выраженную отрицательную реакцию. При незначительной выраженности (умеренные повышения профиля на шкале К) описанные тенденции не только не нарушают адаптацию индивидуума, но даже облегчают ее, обуславливая ощущение гармонии с окружением и одобрительную оценку принятых в этом окружении правил. В связи с этим лица с умеренным повышением профиля на шкале К производят впечатление людей благоразумных, доброжелательных, общительных, имеющих широкий круг интересов. Большой опыт межличностных контактов и отрицание затруднений обуславливают у лиц этого типа более или менее высокую предприимчивость и умение находить правильную линию поведения. Поскольку такие качества улучшают социальную адаптацию, умеренное повышение профиля по шкале К может рассматриваться как прогностически благоприятный признак.
- Лица с очень низким уровнем профиля на шкале К хорошо сознают свои затруднения, склонны скорее преувеличивать, чем недооценивать степень межличностных конфликтов, тяжесть отмечающихся у них симптомов и степень личностной неадекватности. Они не скрывают своих слабостей, затруднений и психопатологических расстройств. Склонность критически относиться к себе и окружающим приводит к скептицизму. Неудовлетворенность и склонность преувеличивать существенность конфликтов делают их легко уязвимыми и порождают неловкость в межличностных отношениях.

Индекс F—K.

- Поскольку тенденции, измеряемые шкалами F и K, в значительной степени противоположно направлены, разность первичного результата, полученного по этим шкалам, имеет существенное значение для определения установки испытуемого в момент исследования и суждения о достоверности полученного результата. Среднее значение этого индекса в методике многостороннего исследования личности составляет -7 для мужчин и -8 для женщин. Интервалы, при которых полученный результат может считаться достоверным (если ни одна из оценочных шкал не превышает 70 T-баллов), составляют для мужчин от -18 до $+4$, для женщин от -23 до $+7$. Если разность F—K составляет от $+5$ до $+7$ для мужчин и от -8 до $+10$ для женщин, то результат представляется сомнительным, однако при подтверждении его клиническими данными он может учитываться при условии, что ни одна из оценочных шкал не превышает 80- T-баллов.
- Чем больше разность F—K, тем более выражено стремление испытуемого подчеркнуть тяжесть своих симптомов и жизненные трудности, вызвать сочувствие и соболезнование. Высокий уровень индекса F—K может также указывать на аггравацию. Снижение индекса F—K отражает стремление улучшить впечатление о себе, смягчить свою симптоматику и эмоционально насыщенные проблемы или отрицать их наличие. Низкий уровень этого индекса может указывать на диссимуляцию

Клинические шкалы

- Валидность клинических шкал (ММИЛ) определялась путем сопоставления результатов исследования с помощью описываемой методики различных групп больных с клинически идентифицированным синдромом между собой и с группой здоровых лиц.
- Сопоставление профилей больных с различными нозологическими формами (шизофрения, органические поражения центральной нервной системы различной этиологии, маниакально-депрессивный психоз, неврозы и психопатии) с различными психопатологическими синдромами позволило установить, что профиль методики многостороннего исследования личности не зависел от нозологической принадлежности заболевания, а определялся психопатологическим синдромом.

Шкалы невротической триады

- Шкалы, расположенные в левой половине профиля— первая, вторая и третья. Невротические реакции связаны с недостаточностью физических и психических ресурсов индивидуума для реализации мотивированного поведения в определенной ситуации.
- При формировании невротических расстройств наибольшее патогенное значение имеют не пассивные препятствия, а невозможность реализации мотивированного поведения в связи с наличием сравнимых по силе, но разнонаправленных потребностей - интрапсихический конфликт. Подъем профиля на невротических шкалах может быть обусловлен любым из трех возможных типов конфликта: необходимостью выбора между двумя равно желательными возможностями; неизбежностью выбора между двумя в равной мере нежелательными возможностями или необходимостью выбора между достижением желаемого ценой нежелательных переживаний и отказом от желаемого, чтобы избежать этих переживаний. Однако характер профиля определяется не типом конфликта, а степенью участия в формировании поведения механизмов интрапсихической адаптации и характером этих механизмов.

Первая шкала. Соматизация тревоги

- Подъем профиля на первой шкале возникает, если тревога относится субъектом за счет состояния своего физического здоровья. Добавление к результату, полученному при предъявлении утверждений, входящих в первую шкалу 0,5 первоначального результата, полученного по шкале К, позволяет скорректировать нежелание испытуемого жаловаться на очевидную для него соматическую патологию или недостаточное осознание испытуемым значимости для него его соматических ощущений.
- Беспокойство за состояние своего физического здоровья, которое возникает на фоне высокого уровня тревоги и выражается подъемом профиля на первой шкале, вначале обычно базируется на ощущениях, отражающих связанные с тревогой сердечно-сосудистые нарушения (например, сердцебиения, ощущения сжатия в области сердца, боли в этой области), симптомы со стороны желудочно-кишечного тракта, мышечных и суставных болях. Тревога таким образом соматизируется, обретает конкретность, т. е. сменяется страхом.
- Если имеется выраженное повышение профиля на первой шкале при пике его на второй, то снижению настроения, затруднениям в социальных контактах сопутствуют раздражительность и тревога за состояние своего здоровья. В соматических жалобах преломляется ощущение угрозы и недостаточности внимания со стороны окружающих

Вторая шкала. Тревога и депрессивные тенденции

- Тревога, возникая как субъективное отражение нарушенного психовегетативного (нейровегетативного, нейрогуморального) равновесия, служит наиболее интимным механизмом психического стресса и лежит в основе большей части психопатологических проявлений.
- Характер профиля обычно позволяет дифференцировать преобладание тревоги или депрессии. Изолированное и умеренное повышение уровня профиля на второй шкале (особенно в тех случаях, где нет одновременного снижения его на девятой) обычно свидетельствует в большей, степени о тревоге, чем о депрессии. Пик профиля на второй шкале, однако, сохраняется, если тревога устраняется при нарастании депрессии. При смене тревоги депрессией профиль обычно снижается на девятой шкале, причем повышение профиля на второй шкале и глубина снижения на девятой тем больше, чем больше выражены утрата интересов, ощущение безразличия, затруднения межличностных связей, недостаток побуждения к активной деятельности, подавленность влечений. При классических, не сопровождающихся тревогой депрессиях глубина снижения профиля на девятой шкале по отношению к среднему уровню профиля обычно соответствует величине его повышения на второй, однако очень низкие Т-баллы на девятой шкале позволяют говорить о депрессии даже в тех случаях, когда пик на второй шкале относительно невысок. В этом случае речь идет по преимуществу об ангедонической депрессии.

Особенности личности испытуемого (по шк. 2)

- Индивидуумы, профиль которых характеризуется главным образом повышением на второй шкале, обычно воспринимаются окружающими как пессимистичные, замкнутые, молчаливые, застенчивые или чрезмерно серьезные. Они могут выглядеть как ушедшие в себя и избегающие контактов. Однако в действительности эти люди характеризуются постоянной потребностью в глубоких и прочных контактах с окружающими (т. е. выраженной симбиотической тенденцией). Они легко начинают отождествлять себя с другими людьми и отдельными аспектами своего бытия. Если это отождествление нарушается в связи с изменениями в системе установившихся связей, такие изменения могут восприниматься как катастрофа и приводить к глубокой депрессии, в то время как такая реакция не представляется адекватной объективному наблюдателю. Уже одна угроза разрыва симбиотических связей может вызвать у таких лиц тревогу, еще больше увеличивающую подъем профиля на второй шкале. Их уединенность и отгороженность могут отражать стремление избежать разочарования. В действительности они испытывают потребность привлечь и удержать внимание окружающих, дорожат их оценкой, стремятся приобрести и сохранить их близость. В связи с выраженностью подобной тенденции ситуации, требующие агрессивной реакции, направленной вовне, вызывают у них тревогу. Для них характерны реакции, сопровождающиеся чувством вины, гневом, направленным на себя, аутоагрессией (интрапунитивные реакции).
- Как крайняя степень интрапунитивной реакции могут возникать суицидальные тенденции.

продолжение

- Пик профиля на второй шкале может быть постоянным, неизменно обнаруживаясь при повторных тестированиях. В этих случаях, в зависимости от уровня профиля на девятой шкале, речь идет о хронически тревожных личностях или о лицах с субдепрессивным темпераментом (конституционально депрессивные по П. Б. Ганнушкину). В других случаях пик появляется только в отдельных исследованиях либо без связи с внешними факторами (циклотимические колебания настроения), либо в связи с внешними обстоятельствами. В последнем случае появление пика на второй шкале, если речь не идет о нормальной «реакции печали» обычно отражает готовность к подобному типу реагирования (изменение настроения у эмотивнолабильных, описанных П. В. Ганнушкиным) у «сверхраскачивающихся» личностей по Leonhard, при эндореактивных дистимиях по Weitbrecht.
- При классической депрессии с идеаторной и моторной заторможенностью более выражено снижение на девятой и повышение на нулевой шкалах; при тревожной депрессии уровень девятой и нулевой шкал обычно соответствовал среднему уровню профиля, астеническая депрессия характеризовалась более выраженным повышением на первой шкале и относительно большей высотой второго подъема профиля.
- Снижение профиля на второй шкале обычно характерно для лиц с низким уровнем тревоги, активных, общительных, испытывающих ощущение своей значимости, силы, энергии и бодрости.

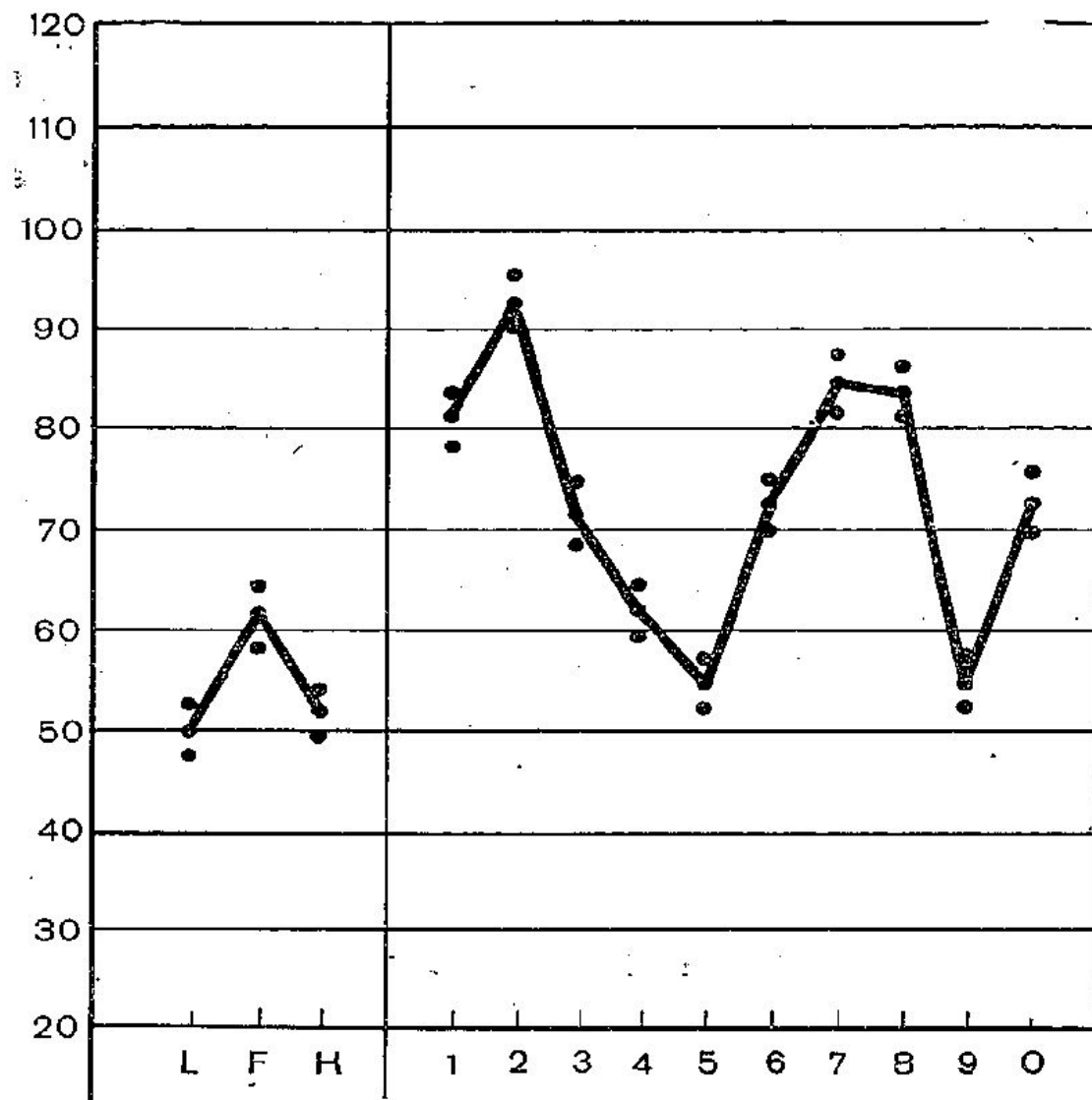


Рис. 2. Усредненный профиль при депрессивном синдроме.

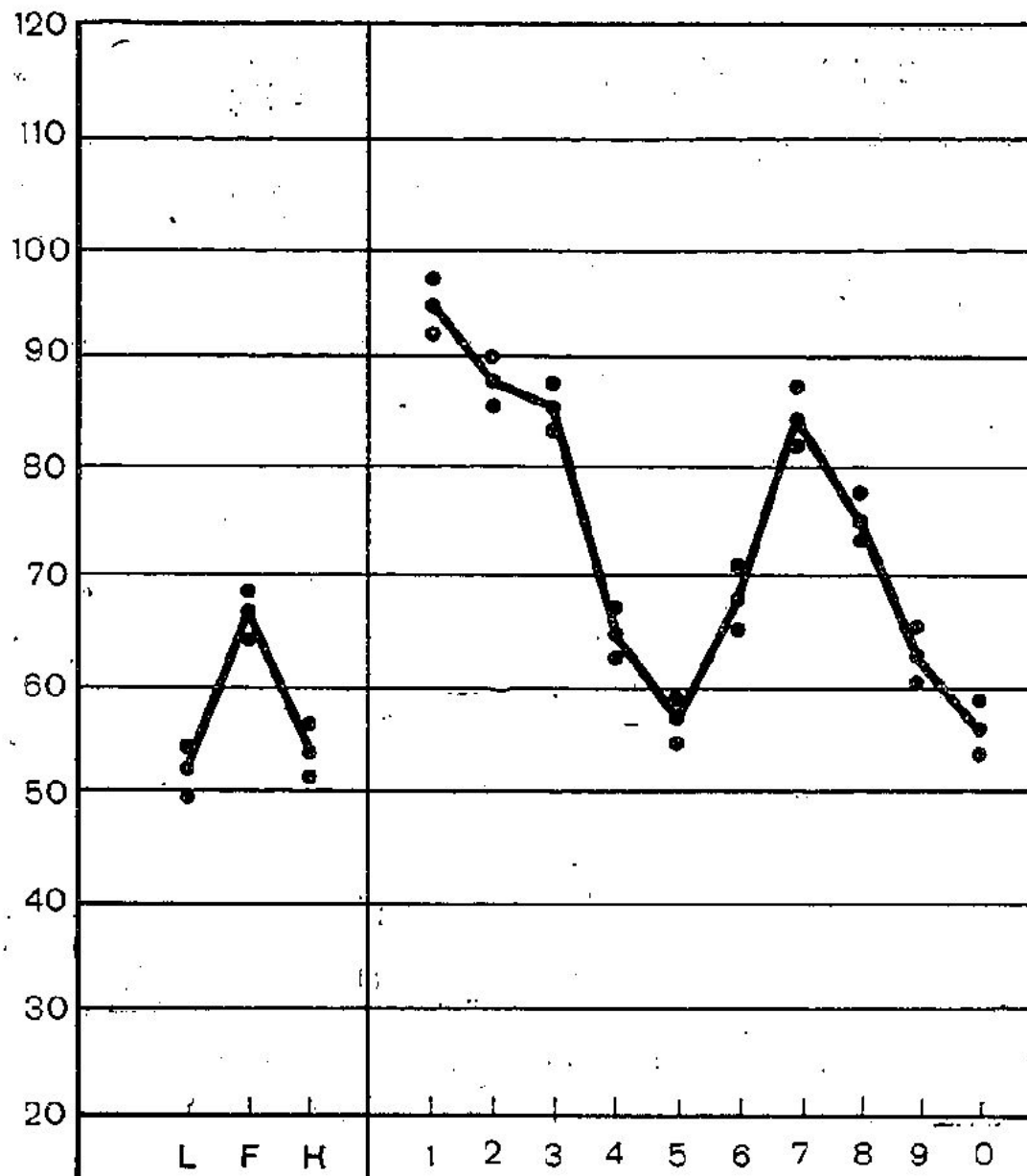


Рис. 3. Усредненный профиль при ипохондрическом синдроме.

Третья шкала. Вытеснение факторов, вызывающих тревогу

- Если устранение тревоги достигается главным образом за счет вытеснения из сознания обуславливающих ее факторов, то профиль, полученный с помощью ММИЛ, обычно определяется повышением на третьей шкале, которая отражает характерную для лиц с высокой способностью к вытеснению тенденцию к демонстративному, а в клинически выраженных случаях — истерическому поведению.
- Существенное повышение профиля по третьей шкале предполагает сочетание стремления подчеркивать соматическое неблагополучие с тенденцией отрицать затруднения в социальной адаптации. Такая корреляция характерна для лиц с более или менее выраженными истерическими явлениями. Высокая способность к вытеснению, позволяющая эффективно устранять тревогу, в то же время затрудняет формирование достаточно устойчивого поведения. При большой выраженности этой способности из сознания вытесняется все не соответствующее сиюминутной ситуации и роли, в связи с чем отмечается постоянное возникновение новых ролей, задач и оценок. Люди этого типа не обладают достаточно развитым внутренним миром. Их переживания ориентированы на внешнего наблюдателя. Если описанные особенности достигают клинической выраженности, может наблюдаться полная утрата способности к формированию устойчивых установок и построению поведения на основе предшествующего опыта. Это приводит к необходимости построения поведения в каждом отдельном случае методом «проб и ошибок», исходя из удовлетворения появляющихся в данный момент желаний. В результате возникает бесплановость и хаотичность поведения. Для личностей описываемого типа характерна слабость «задержек», поскольку задержка в осуществлении желаемого предполагает отказ от удовлетворения актуальной потребности ради

продолжение

- Высокий уровень вытеснения позволяет игнорировать отрицательные сигналы со стороны окружающих, сохранять высокую самооценку и обуславливает самолюбование, стремление «играть себя» в соответствии с принятой в данный момент ролью. Игнорирование отрицательных сигналов, исходящих из окружения, может приводить к бесцеремонному поведению без правильной оценки впечатления, производимого на окружающих. Даже при небольших пиках профиля на третьей шкале отмечается, хотя и менее выраженная, недостаточность критической оценки ситуации и своего поведения.
- Как правило, лица с пиком профиля на третьей шкале стремятся быть в центре внимания, ищут признания и поддержки и добиваются этого хотя и косвенными, но настойчивыми действиями. Они склонны к фантазированию, которое иногда неузнаваемо преобразует для них реальную ситуацию.

Сочетания с ранее рассмотренными шкалами

- Чем выше профиль на шкале К при пике его на третьей шкале (особенно если одновременно отмечается снижение профиля на шкале F), тем тоньше проявления демонстративности и тем реже встречаются грубые конверсионные симптомы.
- Пик на третьей шкале часто сочетается с подъемом на первой. При этом уровень профиля на второй шкале оказывается ниже, чем на первой и третьей, и профиль на первых трех шкалах приобретает форму V. Этот тип профиля отражает устранение тревоги (снижение профиля на второй шкале) за счет соматизации (повышение профиля на первой шкале) и вытеснения ее с формированием демонстративного поведения (повышение профиля на третьей шкале). Реакции такого типа позволяют истолковывать жизненные затруднения, неспособность оправдать ожидания окружающих, несоответствие собственному уровню притязаний и т. п. с точки зрения социально приемлемой и представляющейся рациональной самому испытуемому. Эти реакции могут осуществляться, во-первых, за счет появления соматической симптоматики, которая позволяет рационально объяснить затруднение и, во-вторых, за счет возникновения непсихотической психопатологической симптоматики, которая выражается в жалобах на утомляемость, раздражительность, неспособность к концентрации внимания и т. п.

продолжение

- Сочетание повышения на третьей и второй шкалах указывает на недостаточную эффективность устранения тревоги путем вытеснения и редко встречается у здоровых. Для лиц с этим типом профиля характерно снижение настроения, которое в зависимости от соотношения высоты профиля на второй и третьей шкалах и некоторых других характеристик профиля (высоты профиля на седьмой и девятой шкалах) либо доминирует (что в клинически выраженных случаях позволяет говорить о собственно депрессивной симптоматике), либо окрашивается расстройствами тревожного ряда, либо выражается в ощущениях слабости и апатии. Поведение больных с описываемым вариантом профиля ориентировано на сочувствие, внимание и поддержку со стороны окружающих (так же как и при сочетании повышения профиля на второй шкале с повышением его на первой). Однако в данном случае эта цель достигается не столько за счет подчеркивания соматических жалоб, сколько за счет аффективной подачи непсихотических психопатологических нарушений (снижение настроения, памяти, появление утомляемости и т. п.). Указанная симптоматика может использоваться как средство давления на окружающих, обеспечивающее повышенное внимание и поддержку в тем большей степени, чем теснее контакт с лицами, на которых оказывается давление. В этой связи может затрудняться адаптация в ближайшем окружении, в частности внутрисемейная.

-

Четвертая шкала. Реализация эмоциональной напряженности в непосредственном поведении

- Если блокада актуализированной потребности и связанное с этим эмоциональное напряжение находят у испытуемого непосредственное отражение в поведении, минуя систему установок, отношений и социальных ролей, без учета социальной и этической нормы, то в профиле ММИЛ это обычно отражается появлением пика на четвертой шкале. Лица с изолированным и выраженным повышением профиля на четвертой шкале клиницистами-психиатрами обычно расцениваются как психопаты, склонные к асоциальным поступкам.
- Такого рода лица при благоприятных условиях, в промежутках между декомпенсациями, могут не обнаруживать психопатических черт и асоциальное поведение в течение длительных промежутков времени. Поэтому шкала представляет ценность для прогнозирования асоциального психопатического поведения. Непосредственная реализация возникающих побуждений и недостаточность прогнозирования приводят к отсутствию тревоги и страха перед потенциальным наказанием. Ситуационные затруднения, которые не повлекли за собой тяжелых последствий, также не вызывают тревоги или депрессии. Реальное наказание, если оно достаточно значимо (в частности, лишение свободы), может обуславливать депрессивные или агрессивные реакции, провоцируемые не ситуацией в целом, а самим фактом наказания.

•

продолжение

- В межличностных отношениях (даже наиболее интимных) лица описываемого типа отличаются поверхностными и нестойкими контактами. У них редко возникает чувство глубокой привязанности. Они могут быть приятны в кратковременном общении, но при длительном знакомстве обычно обнаруживается ненадежность этих личностей, их склонность к дисфориям. В патологических случаях асоциальные тенденции могут проявляться в беспричинной агрессивности, лживости, сексуальной несдержанности, реализации асоциальных влечений (алкоголизм, наркомания). Лица, профиль которых определяется пиком на 4-й шкале, совершая асоциальные поступки, зачастую мало заботятся о получении существенных выгод и не принимают во внимание возможность разоблачения и опасных для них самих последствий таких поступков. В то же время после раскрытия их асоциальных действий у таких лиц могут наблюдаться реакции депрессии, тревоги, периоды психопатического возбуждения. Неспособность планировать свое поведение у личностей, профиль которых определяется пиком на четвертой шкале, не связана с уровнем интеллекта, который может быть достаточно высоким.
- Часто повышенная самооценка позволяет рационализировать асоциальное поведение посредством провозглашения необязательности для лиц их уровня обязательных для остальных правил.
- Если пик профиля на четвертой шкале обнаруживается у молодых людей, он может уменьшаться или исчезать с возрастом.
- Психотерапевтические и корригирующие мероприятия обычно не имеют высокой эффективности в связи с неспособностью описываемых

Сочетание с ранее рассмотренными шкалами

- В случае сочетания пиков профиля на четвертой и первой шкалах беспокойство о состоянии своего физического здоровья будет в тем большей степени «затушевывать» асоциальные проявления, чем выше пик на первой шкале по отношению к пику на четвертой. При этом соматические жалобы используются для давления на окружающих, в частности врачей, родственников, сотрудников, с целью получения преимуществ и рационального объяснения недовольства своим местом в группе, ощущения несправедливости, изолированности и т. п.
- Сочетание пиков на второй и четвертой шкалах, существующее постоянно, указывает на затруднения социальной адаптации и отражает тенденцию к тревоге, связанной с неспособностью испытуемых строить свое поведение в соответствии с принятыми нормами и склонностью их в этой связи к самоупреку, самообвинению, самоуничижению при нарушении этих норм.
- **Снижение профиля на второй шкале при пике профиля на четвертой прогностически неблагоприятно, так как указывает на отсутствие тревоги в связи с асоциальной тенденцией и соответственно на отсутствие мотиваций, направленных на изменение этой тенденции.**
- Сочетание подъемов на третьей и четвертой шкалах типично для эмоционально незрелых личностей, характерная демонстративность которых и стремление ориентироваться на внешнюю оценку препятствует прямому асоциальному поведению, позволяет контролировать асоциальные импульсы в тем большей степени, чем больше социальная дистанция между индивидуумом и людьми, входящими в круг его общения. Выраженность этого контроля, благодаря которому люди с таким типом профиля могут казаться даже

Пятая шкала. Выраженность мужских и женских черт характера

- Полученный результат отражает в конечном итоге степень идентификации с традиционной культурной и социальной ролью мужчины или женщины. Выраженные подъемы профиля на пятой шкале отражают снижение или отсутствие такой идентификации, явные снижения профиля на этой шкале свидетельствуют о ее высоком уровне. Снижение профиля на пятой шкале у мужчин говорит, таким образом, о большей избирательности и ограниченности круга интересов, предприимчивости, более выраженном стремлении к преодолению препятствий, меньшей чувствительности к эстетическим тонкостям и оттенкам человеческих отношений.
- В межличностных отношениях резкое снижение профиля на пятой шкале свидетельствует о доминантности и склонности к соперничеству. Лица с таким типом профиля могут демонстрировать нарочито мужественный стиль жизни, характеризующийся демонстрацией силы, выносливости, пренебрежения к мелочам. Отсутствие выраженной склонности к рефлексии, к анализу оттенков своего поведения у них связано с ощущением несущественности этих оттенков.
- По мере повышения профиля на пятой шкале у мужчин увеличиваются внимание к эмоциональным нюансам и оттенкам отношений, сентиментальность, широта интересов, уменьшается доминантность и грубоватость. Повышение профиля на пятой шкале типично для

продолжение

- Повышение профиля на пятой, шкале у женщин отражает нарастание тех тенденций, которые у мужчин сопровождаются снижением уровня профиля на этой шкале. По мере повышения профиля на пятой шкале у женщин повышаются непринужденность и уверенность в себе, предприимчивость и последовательность внутренне мотивированного поведения, доминантность и гетероагрессивные тенденции. Для женщин с выраженными повышениями профиля на пятой шкале характерны дифференцированные интересы, часто лежащие в области науки и техники, склонность к выбору мужских профессий и занятий, решительность и низкая сензитивность.
- В ситуациях, требующих принятия традиционно женской роли (в частности, при гетеросексуальных контактах), у них может возникать тревога, которая, однако, уменьшается, если и в этих ситуациях удастся сохранить привычную доминантность поведения.
- Повышение профиля на пятой шкале характерно для девушек, отличающихся мальчишескими формами поведения и недостаточно дифференцированной сексуальностью.
- Снижение уровня профиля на пятой шкале у женщин отражает повышенную чувствительность к оттенкам эмоций и отношений, любопытство, мечтательность, капризность, артистичность, различные эстетические интересы, сентиментальность.
- Женщины со снижением профиля на пятой шкале отличаются

Сочетание с ранее рассмотренными шкалами

- Сочетание пиков на пятой шкале у мужчин или снижения профиля на пятой шкале у женщин с пиком профиля на второй шкале отражает усиление сензитивности, ранимости, мягкосердечности и блокаду гетероагрессивных тенденций. Черты женственности в поведении сочетаются с тревожностью или склонностью к субдепрессивному аффекту, выражающемуся ощущением слабости, неудачливости, незащищенности или вины. Лица с подобным типом профиля обычно не способны к внешним проявлениям, отражающим ощущения собственной значимости, силы и гордости.
- В клинически выраженных случаях в зависимости от высоты пика профиля на второй шкале и его уровня на девятой наблюдаются различные тревожные и депрессивные состояния.
- Если пик профиля на второй шкале сочетается с повышением профиля на пятой шкале у женщин или снижением его на пятой шкале у мужчин, то сглаживается характерная для таких показателей по пятой шкале тенденция к соперничеству и самоутверждению, доминантности, решительность и стремление к преодолению препятствий. Аналогичное значение может иметь сочетание описанной картины на пятой шкале с пиком профиля на первой шкале.
- Сочетание повышения пика на пятой шкале у мужчин (и снижения на этой шкале у женщин) с пиком на третьей шкале отражает усиление откликаемости на внешние стимулы, артистичности, склонности к фантазированию, капризности, непоследовательности и сентиментальности. При сочетаниях выраженного повышения или снижения профиля на пятой шкале с пиком профиля на четвертой у женщин отмечается усиление внешних проявлений неконвенционального

продолжение

- Снижение профиля на пятой шкале с подъемом на четвертой у мужчин отражает подчеркнутую демонстрацию силы и независимости при отсутствии уважения к конвенциональным нормам. При отсутствии выраженных повышений профиля хотя бы на одной из шкал невротической триады или на седьмой шкале такие лица обнаруживают явные гетероагрессивные тенденции, которые могут реализовываться в агрессивных действиях, особенно у подростков и юношей.
- Аналогичный профиль у женщин отражает протест против существующих норм в сочетании с принятием женской роли, блокирующей непосредственное выражение этого протеста. Женщины с подобным типом профиля создают ситуации, вызывающие фрустрацию у других лиц и провоцирующие их на агрессивное поведение. Реакция протеста при этом принимает форму возложения на окружающих вины за подобное поведение, расцениваемое как неприемлемое и враждебное (особенно если имеется повышение профиля и на шестой шкале).
- Сочетания повышения профиля на пятой и на четвертой шкалах у мужчин при отсутствии выраженных подъемов профиля на других шкалах характерны для лиц, демонстрирующих свое несогласие с принятыми обычаями и формами поведения.
- Нередко это лица, ведущие нерегламентированный, «богемный» образ жизни. Некоторые из них обнаруживают гомосексуальные тенденции и открыто признают это в период исследования.
- Аналогичный профиль у женщин отражает протест против традиционной женской роли, тем более выраженный и меняющий поведение этих лиц, чем более выражен подъем профиля на четвертой шкале

Шестая шкала. Ригидность аффекта

- В условиях, когда интериоризированные конвенциональные нормы делают невозможным осуществление ряда форм поведения, противоречащих этим нормам, неотрагированная эмоция обычно угасает с течением времени. Если такое угасание происходит у испытуемого значительно медленнее, чем у большинства индивидуумов, и неотрагированный аффект немедленно возникает вновь при одной мысли о вызвавшей его ситуации, несмотря на отсутствие ситуации, подкрепляющей переживание, то в профиле ММИЛ это обычно отражается пиком профиля на шестой шкале.
- Ригидность аффекта у лиц, профиль которых характеризуется пиком на шестой шкале, связана главным образом с эгоистическими побуждениями.
- Подобного рода ригидный аффект сопровождается интенсивной разработкой концепции, которая призвана объяснить его возникновение и в то же время сохранить приемлемое для индивидуума представление о собственной личности.
- Эта вторичная идеаторная разработка создает впечатление независимой позиции, верности собственным установкам и внутренним критериям. Однако в действительности поступки определяются внешним воздействием, так как они являются ответом на действия окружающих, воспринимаемые аффективно, как ущемляющие личность испытуемого, и уже на этой основе осуществляется построение ригидных, трудно корригируемых или некорригируемых установок и концепций. В этой связи личности описываемого типа могут обнаруживать ошибочные восприятия или неправильную интерпретацию ситуации, хотя их рассуждения внутренне непротиворечивы, представляются логичными и могут опираться на реальные факты.

Усредненный профиль по 6 шк.

- характеризуется наиболее выраженным повышением на шестой шкале и несколько менее выраженным повышением на восьмой (рис. 5). Если синдром того же круга характеризовался только генерализованной или ограниченной какой-либо областью паранойяльной установкой, идеями отношения или сверхценными образованиями, основанными на особой интерпретации больными своей жизненной ситуации, то пик профиля на шестой шкале в большей степени определяет его форму в связи со значительно менее выраженным пиком на восьмой шкале (рис. 6).

:

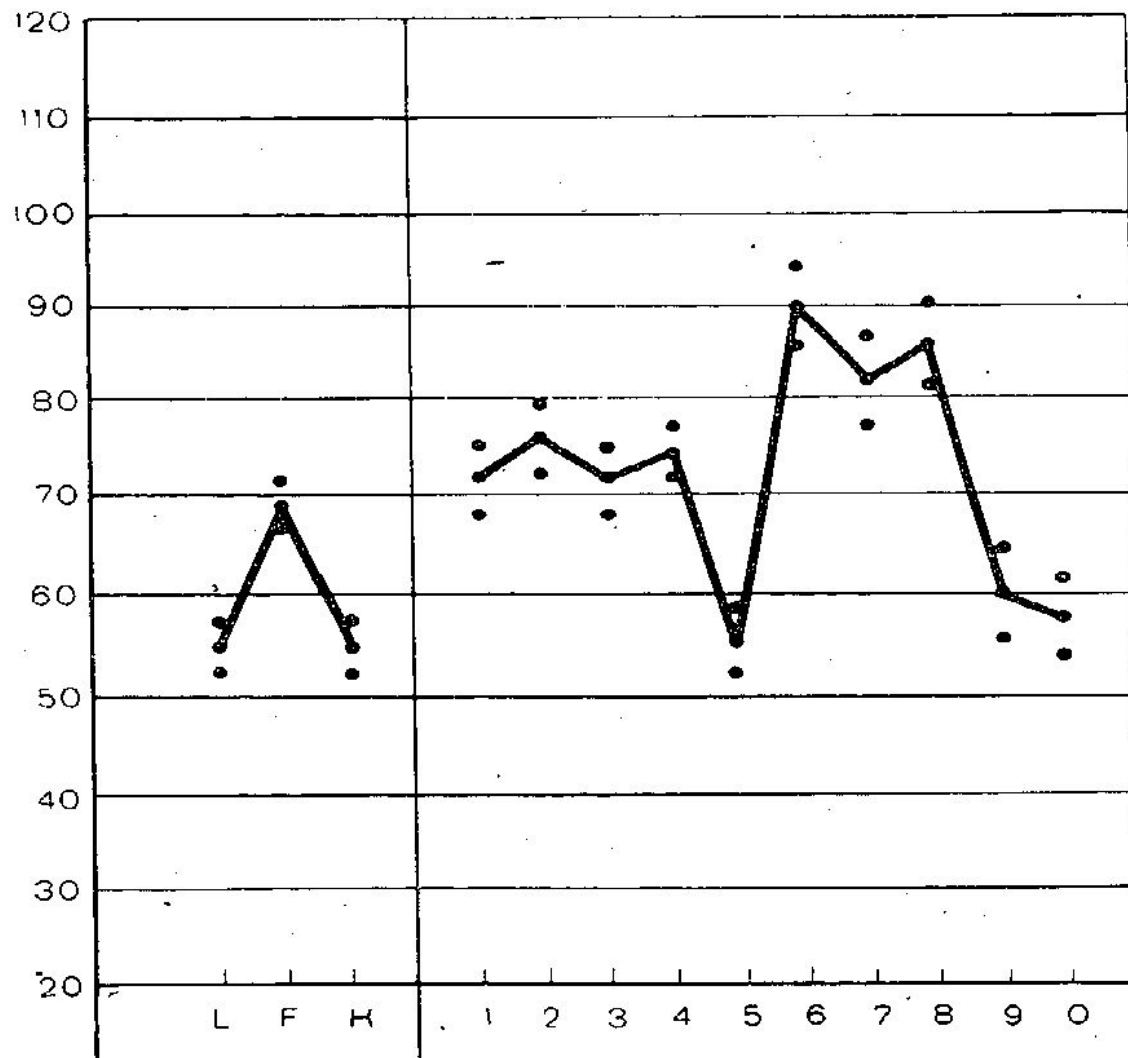


Рис. 5. Усредненный профиль при параноидном синдроме.

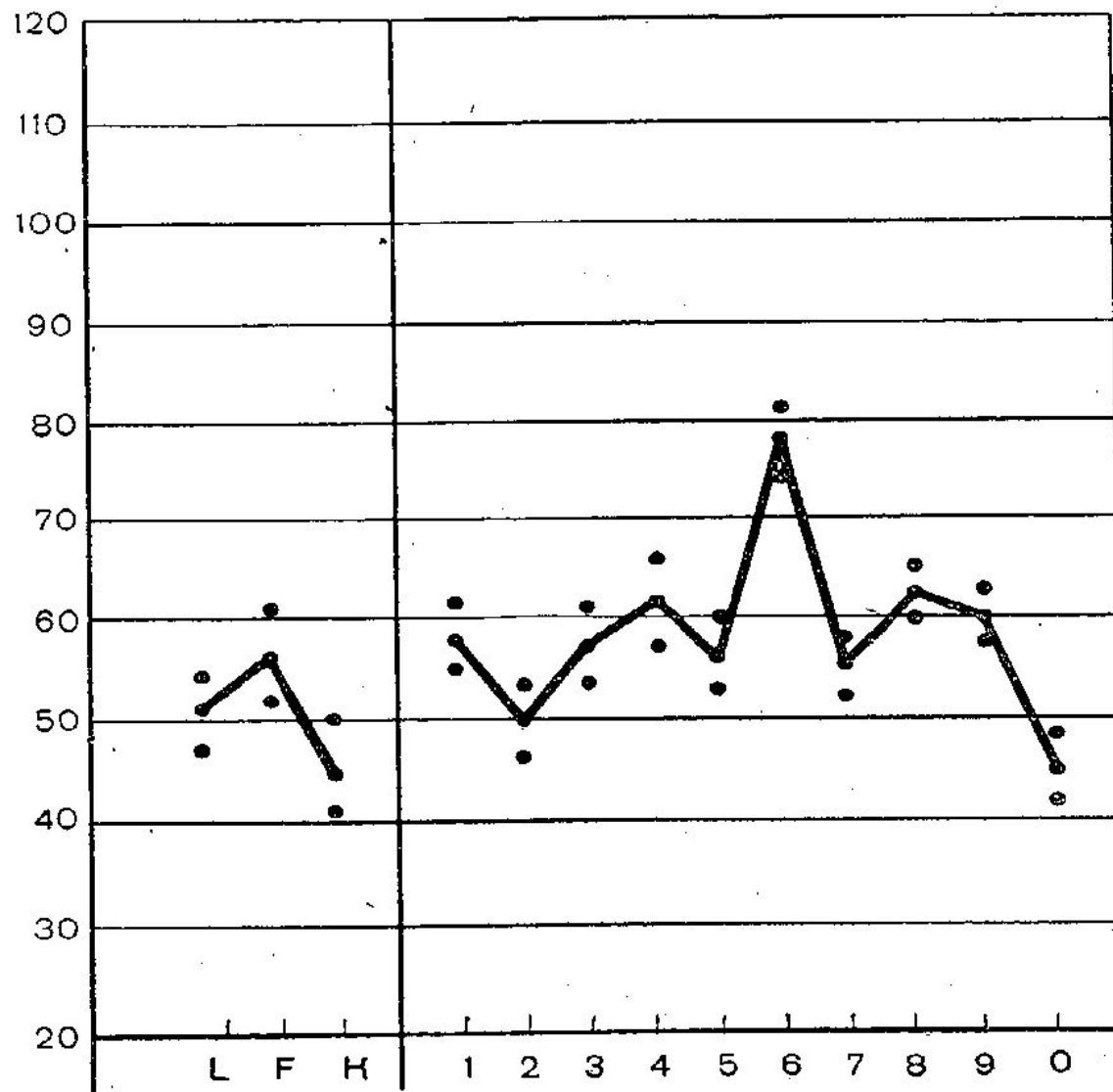


Рис. 6. Усредненный профиль при паранойальном синдроме.

Сочетание с ранее рассмотренными шкалами

- Чем выше шестая шкала по отношению к первой, тем меньшую роль играет собственно соматизация и тем больше значение ригидного аффекта и генерализованной паранояльной установки. При выраженном пике профиля на шестой шкале, особенно если он существенно выше, чем пик на первой, забота о состоянии соматического здоровья выступает только как тема, с помощью которой выражается аффективная ригидность и формируются трудно корригируемые концепции или даже ипохондрический бред (в последнем случае обычно имеется выраженный пик и на восьмой шкале).
- **Сочетание пика профиля на шестой и второй шкалах отражает выраженную дисгармоничность**, поскольку выявляет одновременное существование депрессивных тенденций (при которых высокая симбиотичность приводит к блокаде гетероагрессивности) и аффективной ригидности (при которой механизм переноса вины предполагает реализацию гетероагрессивных тенденций). Такой профиль развивается либо при возникновении аффективно насыщенных концепций у исходно субдепрессивных личностей, либо в тех случаях, когда исходная аффективная ригидность и чувство враждебности окружающих приводят к ощущению разрыва межличностных связей, что сопровождается тревогой и (или) депрессивными реакциями.
- В любом из названных случаев трудности в межличностных связях увеличиваются: стремление избежать разочарования, ограничивающее контакты личностей тревожных и субдепрессивных, сочетается с ожиданием враждебных или недобросовестных действий окружающих, характерным для аффективноригидных личностей.

продолжение

- В клинических случаях тревожность или подавленность (в зависимости от картины профиля на девятой и в меньшей степени седьмой шкалах), сочетающиеся с ощущением неудовлетворенности, несправедливости со стороны окружающих или враждебности, наблюдаются даже при умеренных пиках профиля. Обычно при этом выражено повышение профиля на шкале F, пропорциональное тяжести состояния. Если при таком типе профиля отмечается повышение его и на первой шкале, то проявление беспокойства по поводу физического здоровья (иногда связывающееся с реальной патологией) не устраняет серьезных эмоциональных нарушений. У лиц с этим типом профиля возможно развитие сензитивного бреда или тяжелых дисфорических эпизодов.
- **О глубокой дисгармоничности свидетельствует также сочетание пиков на шестой и третьей шкалах**, которое указывает на сочетание стремления ориентироваться на внешнюю оценку (с вытеснением отрицательных сигналов исходящих из окружения) и ощущения враждебности со стороны окружающих (с фиксацией и идеаторной переработкой сигналов, которые могут свидетельствовать о такой враждебности).
- Аналогичным образом это относится к сочетанию ориентировки на ситуационно обусловленное поведение (отражаемой в пике профиля на третьей шкале) со склонностью к следованию ригидным концепциям (характерной для личностей, профиль которых определяется пиком на шестой шкале).
- В результате сочетания этих тенденций лица с описанным типом профиля подавляют свою подозрительность и агрессивность при осуществлении социальных контактов, декларируя свое положительное отношение к окружающим и ситуации. Однако агрессивность проявляется (подобно тому как это имеет место при сочетании пиков на третьей и четвертой шкалах) в

продолжение

- При блокировании указанных тенденций у них возникает тревога и напряженность, обычно умеренно выраженная, при этом наблюдается подъем профиля и на второй шкале. Иногда для давления на окружающих используются немногочисленные, но упорные соматические жалобы, при этом пик на шестой шкале обычно сочетается не с изолированным пиком на третьей шкале, а с конверсионным V.
- При сочетании пиков на шестой и четвертой шкалах склонность к асоциальному поведению, характерная для лиц, профиль которых определяется пиком на четвертой шкале, возрастает за счет сочетания пренебрежения морально-этическими нормами, обычаями, правилами, запретами со способностью к стойкой реализации этой тенденции. В связи с этим еще более возрастают трудности социальной адаптации и уменьшается эффективность корригирующих мероприятий. Чем выше шкала по отношению к четвертой, тем больше некорригируемые асоциальные проявления сменяются стойкой недоброжелательностью по отношению к окружающим. Личности с профилем подобного типа, как правило, отличаются угрюмостью или дисфорически-злобным аффектом, склонностью к упорным возражениям и в этой связи трудны и неприятны в общении.
- При большой выраженности описываемого сочетания пиков и высокой

Седьмая шкала. Фиксация тревоги и ограничительное поведение

- Если конституциональная предрасположенность, особенности индивидуального развития или сочетание этих факторов обуславливают постоянную готовность к возникновению тревожных реакций, а устранение (или ослабление) неопределенной тревоги достигается путем отнесения ее за счет конкретного стимула и (или) путем формирования ограничительного поведения, то эта тенденция в профиле ММИЛ обычно отражается в повышении профиля на седьмой шкале.
- Пик профиля на седьмой шкале отмечается у больных с тревожно-фобическим синдромом. Аффект тревоги и другие расстройства тревожного ряда при этом синдроме определяют состояние больных даже в периоды, свободные от конкретных навязчивых страхов. У больных, отнесенных в эту группу, наблюдаются навязчивые страхи, наиболее часто — страх смерти, высоты, замкнутого и открытого пространства, одиночества. Фобические явления отличаются высокой эмоциональной насыщенностью. Профиль этих больных близок к профилю больных с тревожной депрессией, отличаясь относительно более высоким подъемом на седьмой шкале (рис. 7). Аналогичный профиль при психастенической психопатии - форма психопатических расстройств, при которых центральным элементом клинической картины являются болезненные сомнения, воспринимаемые больными не как навязанные извне, а как часть их собственной личности

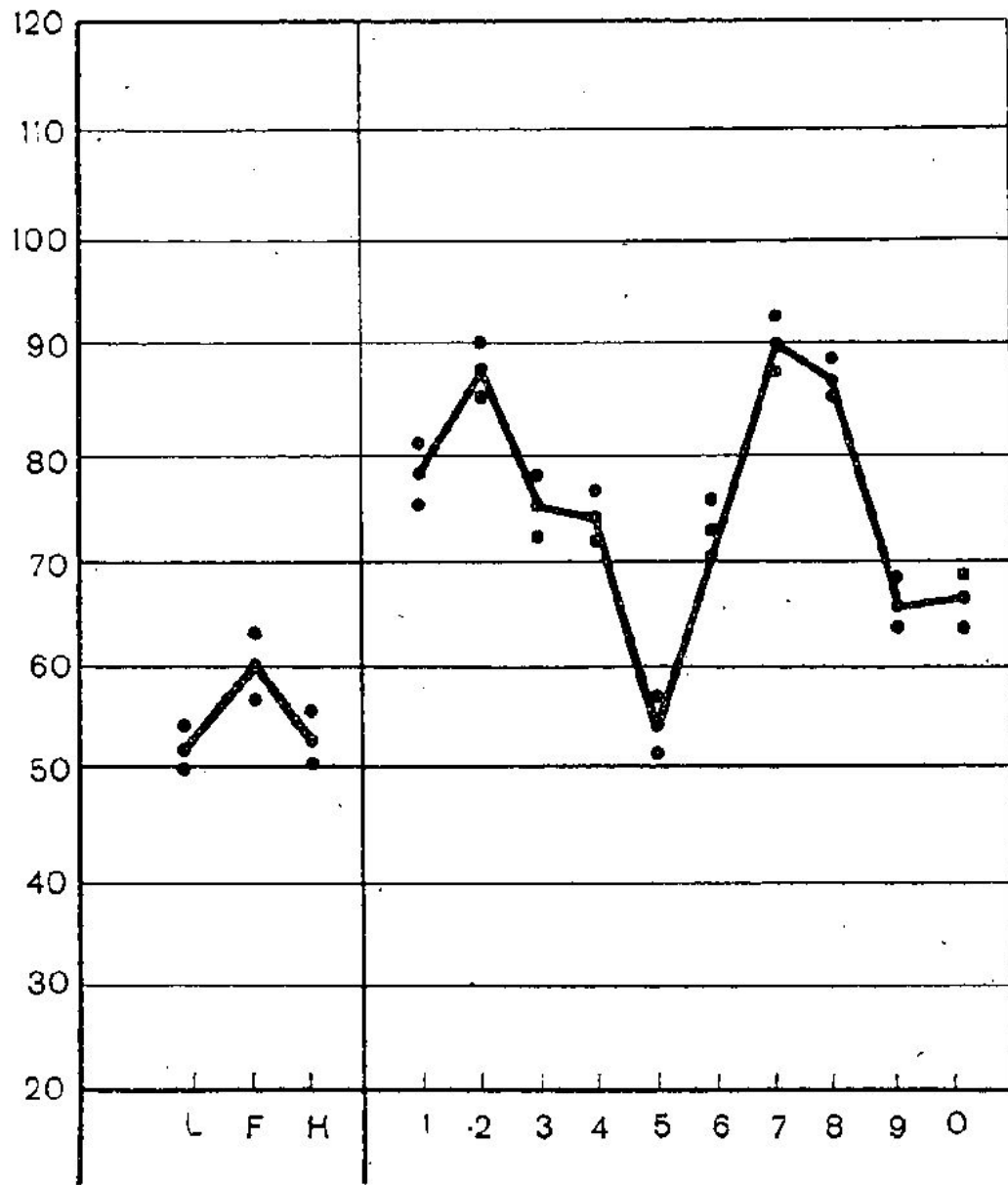


Рис. 7. Усредненный профиль при тревожно-фобическом синдроме.

Восьмая шкала. Аутизация

- В тех случаях, где даже незначительные фрустрации ведут к возникновению стойких и длительных отрицательных эмоций, а компенсация достигается путем дистанцирования (т. е. тенденции к соблюдению «психической дистанции» между собой и окружающим миром, которая позволяет воспринимать происходящее как бы «со стороны») и ухода из окружающей среды во внутренний мир, в профиле методики многостороннего исследования личности обычно отмечается пик на восьмой шкале. В клинически выраженных случаях речь идет о шизоидном синдроме. Термин «шизоидный синдром» здесь условно употреблен для обозначения той характерной для изменений личности по шизоидному типу совокупности симптомов, которая включает в себя эмоциональную холодность и неадекватность эмоций, своеобразие восприятия и суждений, находящее свое выражение в странных или необычных мыслях и поступках, избирательность или поверхностность контактов.

Особенности личности испытуемого (по шк. 8)

- Для лиц с высоким уровнем профиля на восьмой шкале характерна ориентировка главным образом на внутренние критерии, утрата способности к интуитивному пониманию окружающих, к проигрыванию их ролей (т. е. способности поставить себя на место того или иного из окружающих людей) и в связи с этим нарушение адекватного эмоционального реагирования.
- Поведение таких лиц нередко представляется эксцентричным, лишенным естественной эмоциональной окраски или надменным. Отрицательные сигналы обычно не проникают через окружающую их «скорлупу» лишённого эмоций восприятия, но если какое-либо сообщение или событие все же вызывает у них эмоциональный отклик, они обнаруживают неожиданную для окружающих ранимость.
- Поскольку в силу неудовлетворенности и ранимости четко сформулированное представление о социальной ситуации у этих лиц часто оказывается источником напряженности, длительных и интенсивных отрицательных эмоций, они избегают ясных и четких формулировок и у них отсутствует четкое представление о том, как именно они должны вести себя в той или иной ситуации или чего именно ждут от них окружающие.
- Эти черты, проявляющиеся, в особенностях мышления и коммуникативных связей с окружающими, обычно отмечаются даже при умеренных пиках профиля на восьмой шкале. Эти затруднения проявляются, в частности, в том, что, хотя высказывания лиц такого типа логичны и правильно построены грамматически. В окружающих они могут создавать впечатление

Сочетания с ранее рассмотренными шкалами

- Если особенности личности, отражающиеся в пике профиля на восьмой шкале, сочетаются с формированием аффективно насыщенных идей, имеющих отношения к состоянию физического здоровья, то отмечается повышение профиля и на первой. При этом если пик профиля на восьмой шкале существенно выше, чем пик на первой, то вероятно формирование некорректируемых концепций (сверхценных или даже бредовых образований), особенно если одновременно отмечается повышение профиля на шестой шкале при низком уровне профиля на третьей и седьмой. При незначительном превышении пика профиля на восьмой шкале этот тип профиля чаще указывает на ригидный стереотип поведения, ориентированного на заботу о физическом благополучии. Такая забота может использоваться как средство, позволяющее рационально объяснить отчужденность и отгороженность от окружающих наличием соматически обусловленных затруднений. Чем более выражен пик на восьмой шкале, тем более вычурный и необычный характер приобретают описания соматических ощущений. Если чувство недостаточной связи с окружением, неудовлетворенной потребности в контактах выражается в нарастании тревоги или подавленности, пик профиля на восьмой шкале сочетается с пиком на второй. Амбивалентное отношение к окружающим порождает при этом наряду со стремлением к контактам угрюмую недоверчивость, а нередкое повышение профиля на четвертой шкале отражает затруднения социализации, связанные недостаточной способностью воспринять обычаи, правила и нормы, которыми руководствуются в своем поведении большинство окружающих людей. На оценочных шкалах при этом отмечается ник профиля на шкале F.

продолжение

- Такая конфигурация профиля (пики на шкалах F, второй, четвертой и восьмой при относительно низком уровне профиля на третьей и седьмой) довольно типична для шизоидных личностей, обеспокоенных своей отгороженностью и испытывающих трудности в социальной адаптации.
- Если демонстративные тенденции, обусловленные высоким уровнем вытеснения, проявляются у индивидуумов, которые чувствуют себя отчужденными, непонятыми и не включенными в социальную среду, то обычно отмечается **сочетание пиков на третьей и восьмой шкале. Этот профиль свидетельствует о глубокой дисгармоничности**, поскольку отражает парадоксальное сочетание ориентировки на актуальное поведение, на внешнюю оценку, на одобрение окружающих со склонностью строить свое поведение, исходя из внутренних критериев, и трудностями межличностной коммуникации.
- Такое сочетание при достаточно выраженном подъеме профиля почти всегда свидетельствует о болезненном состоянии той или иной природы или по крайней мере о легкости возникновения декомпенсаций. Будучи обеспокоены вопросами о месте своей личности в обществе и ее значимости, эти люди нередко формируют круг своих знакомств и контактов таким образом, чтобы создать своеобразную среду, в которой их значимость безоговорочно признается.
- Если склонность ориентироваться на внутренние критерии и коммуникативные затруднения сочетается с вызванной этими затруднениями тревожностью, то профиль может характеризоваться изолированным и более или менее равномерным подъемом на седьмой и восьмой шкалах.
- У лиц с таким типом профиля депрессивные тенденции, отмечающиеся вне зависимости от картины профиля на второй шкале, сочетаются с раздражительностью и тревожностью или ощущением повышенной утомляемости и апатии.
- Если повышение профиля на седьмой и восьмой шкалах наблюдается при наличии и других пиков профиля, то их соотношение отражает либо преобладание тревожности (при относительно более высокой седьмой шкале), либо склонность к возникновению устойчивых стереотипов отклоняющегося поведения (при относительно преобладании восьмой).

Девятая шкала. Отрицание тревоги, гипоманиакальные тенденции

- В тех случаях, когда основным способом устранения фрустрирующих стимулов служит отрицание каких-либо затруднений, тревоги, своей и чужой вины (импунитивные реакции), то профиль характеризуется пиком на девятой шкале. Тенденция отрицать тревогу выражается обычно отсутствием спонтанных упоминаний о каких-либо трудностях, которые могут ее вызывать, выражением пренебрежения к трудностям, о которых упоминает исследователь, декларируемым оптимизмом.
- Если эти тенденции были клинически выражены (гипоманиакальный синдром), больные с пиком профиля на девятой шкале характеризовались повышенным настроением, чрезмерной активностью, большим количеством и легкостью возникновения планов и идей, которые часто не осуществлялись в силу повышенной отвлекаемости и переоценки своих возможностей, разнообразием интересов, широкими и поверхностными контактами.
- Усредненный профиль этой группы характеризуется выраженным пиком на девятой шкале, при умеренном снижении на второй и резком снижении на шестой шкале (рис. 10)

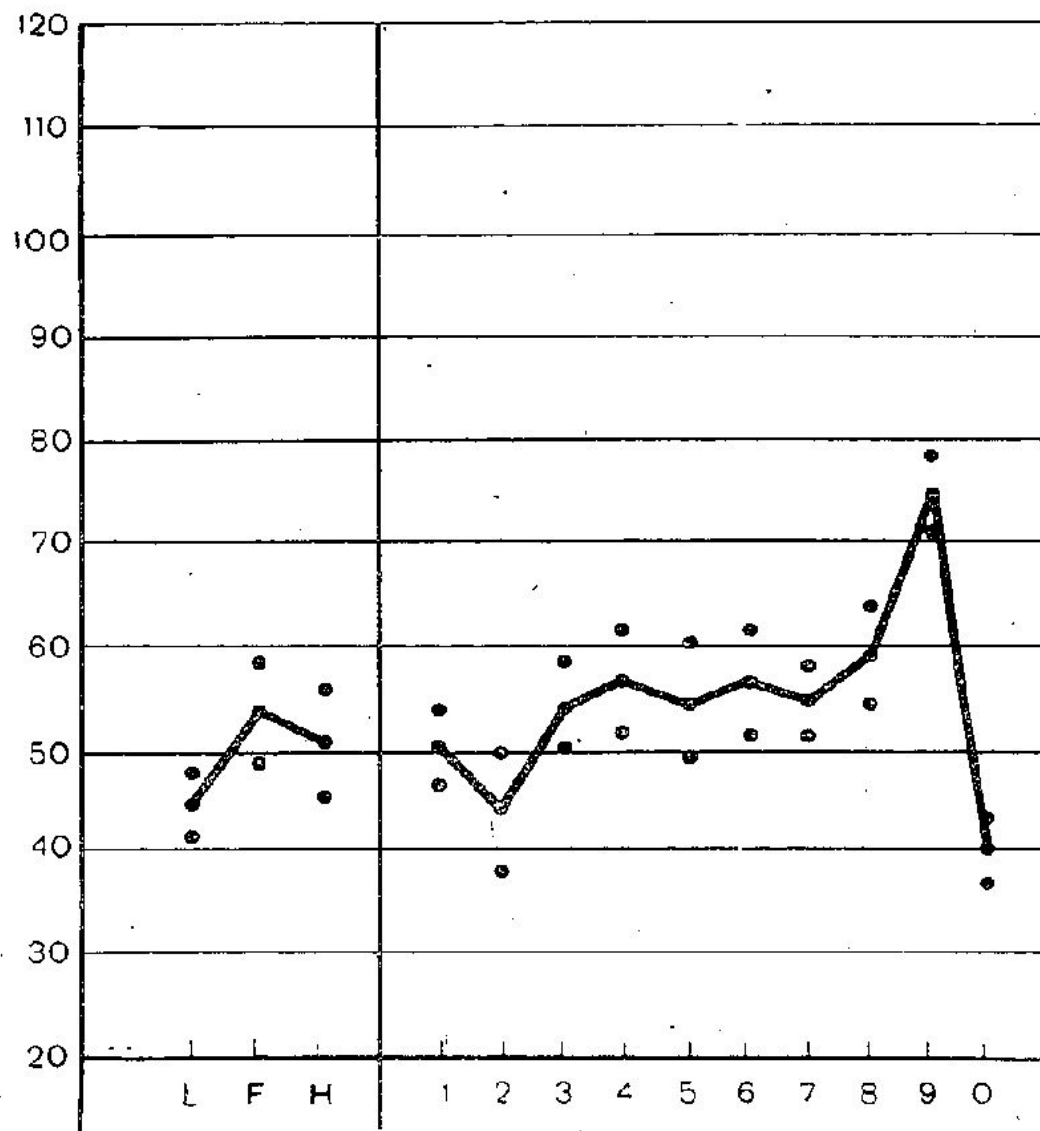


Рис. 10. Усредненный профиль при гипоманиакальном синдроме.

Характерные особенности

- Лица с умеренными повышениями профиля на девятой шкале характеризуются оптимистичностью, общительностью, способностью к высокой активности, непринужденностью в общении. Они охотно вступают в контакты и при этом производят на окружающих впечатление людей приятных, веселых, отличающихся широкими интересами и энтузиазмом, охотно высказывающих свое мнение и готовых поделиться впечатлениями.
- Для лиц этого типа характерны эмоциональная яркость, умение испытывать удовольствие от жизни, реалистическое, образное мышление и отсутствие приверженности к жесткой схеме, они легко становятся «душой общества», хорошо приспосабливаются к переменам и даже стремятся к ним.
- При резко выраженных пиках профиля на девятой шкале поведение может становиться неадаптивным в связи с чрезмерной и плохо направленной активностью, эмоциональным возбуждением, раздражительностью, обидчивостью и недостаточной сдержанностью. Деятельность в этих случаях может оказываться неэффективной либо в связи с тем, что она не доводится до конца из-за переключения внимания на другие объекты, либо в связи с тем, что преувеличение своих возможностей позволяет планировать ее на заведомо нереальные сроки.
- Повышение профиля на девятой шкале может быть постоянным, отражая стойкость описанных особенностей личности. Однако оно наблюдается не только у хронически гипертимных личностей, а также у лиц, у которых отмечаются резкие изменения аффективного фона, спонтанные (в этих случаях обычно речь идет о циклотимических личностях) либо провоцируемые внешними поводами, но сохраняющиеся после этого длительное время или полностью определяемые внешними впечатлениями.
- Низкий уровень профиля на девятой шкале отражает недостаток побуждений, неспособность испытывать удовольствие, снижение активности, легко возникающее чувство вины и недостаточную оценку собственных возможностей. Резкое снижение профиля на этой шкале обычно отражает депрессивные

Сочетание с ранее рассмотренными шкалами

- Повышенная самооценка и высокая активность, отражаемые повышением профиля на девятой шкале и одновременным снижением профиля на второй и седьмой шкалах, может находить свое выражение в стремлении к руководству окружающими или к возвышению над окружающими путем соперничества. В первом случае пик на девятой шкале и снижение на второй и седьмой шкалах сочетаются с повышением профиля на шкале К, отражающем, в частности, отрицание собственных слабостей и эмоциональных проблем, стремление соблюдать конвенциальные нормы и нетерпимость к нарушению этих норм другими. Лица этого типа не выносят неопределенности и колебаний, стремятся быть максимально информированными, охотно берут на себя руководство, обнаруживая большую энергию и организационные способности. Их лидерство обычно воспринимается окружающими как естественное явление, поскольку они вызывают к себе уважение благодаря энергичности, информированности и высокой работоспособности.
- Для лиц подобного типа ситуации, в которых блокируется их стремление к руководству или отсутствует достаточная, на их взгляд, информация, являются источниками психического стресса.
- Если при таком же типе профиля на основных шкалах отмечается снижение профиля на шкале К, обычно отражающее склонность критически оценивать окружающих и подозрительно относиться к их мотивам, то активность и высокая самооценка реализуются в стремлении возвыситься над окружающими путем соперничества, продемонстрировать свою силу и (или) подчеркнуть слабость других людей. У мужчин такого рода тенденция может реализоваться путем

Нулевая шкала. Социальные контакты

- Лица с высоким уровнем профиля на нулевой шкале отличаются затруднениями при осуществлении межличностных контактов, обусловливающими замкнутость, необщительность, стремление к деятельности, не связанной с общением, и реакции тревоги в тех случаях, если вынужденные контакты осуществляются вне зависимости от воли субъекта.
- Снижение уровня профиля на нулевой шкале отражает стремление к межличностным контактам и интерес к людям. Испытуемые с таким типом профиля общительны, эмоционально отзывчивы, у них хорошо развиты навыки общения.
- Лица этого типа охотно принимают на себя общественные обязанности, имеют большое количество межличностных контактов в различных сферах и испытывают от осуществления этих контактов большое удовлетворение.
- Если профиль на нулевой шкале резко снижен, то обычно это свидетельствует о наличии настолько большого числа контактов, что их осуществление неизбежно сопровождается мимолетностью и поверхностностью общения.

Сочетание с ранее рассмотренными шкалами

- Снижение уровня профиля на нулевой шкале может быть связано также с тенденцией к самоутверждению, повышению своей значимости в глазах окружающих, доминированию. В этом случае наряду со снижением профиля по нулевой шкале обычно отмечается его повышение на шестой. Уровень профиля нередко повышен на девятой шкале, но в отличие от ранее рассмотренного типа отмечаются низкие показатели по шкале К.
- Лица с таким характером профиля отличаются независимостью, упорством в достижении цели, склонностью руководить окружающими (особенно нижестоящими) и критически относиться к получаемым указаниям и господствующим авторитетам. Принципы, которыми они руководствуются, могут быть достаточно прочными, но обычно это принципы не конвенционально обусловленные, а формирующиеся на основе личного опыта.
- При снижении социальной спонтанности возникают стремление предпочитать узкий круг близких людей широким контактам, трудности при установлении новых контактов, реакции тревоги при межличностных трениях и в этой связи нарастает социальная интроверсия.
- При этом повышению профиля на нулевой шкале соответствуют его подъемы на шкалах второй и седьмой.
- Однако повышение социальной экстраверсии может быть обусловлено стремлением к выполнению социальных обязанностей, основанным на сознании долга. Люди этого типа охотно принимают на себя социальную ответственность, связанную с осуществлением широких контактов, даже если сами контакты в силу относительно низкой социальной спонтанности даются им с трудом и служат источником реакций тревоги или эмоциональной напряженности.
- Их межличностные отношения регулируются планами, определяющимися чувством долга и соотносимыми с интериоризированной моральной и этической нормой. Лица этого типа могут быть трудны в общении из-за свойственной им тенденции руководствоваться в своем поведении «жестким» кодексом нормы и склонности к морализированию. В то же время окружающие отмечают их надежность. Социальная экстраверсия, обусловленная такими личностными особенностями, в профиле методики многостороннего исследования личности обычно отражается снижением

продолжение

- При слабой выраженности этих черт наблюдается отход от социальных контактов всякий раз, когда к этому не побуждает собственная потребность. В этом случае повышение профиля на нулевой шкале сочетается со снижением его на седьмой.
- Если увеличение социальной экстраверсии связано с ориентировкой на внешнюю оценку, постоянной потребностью в поддержке со стороны группы, членом которой ощущает себя испытуемый, то снижение профиля на нулевой шкале обычно сочетается с повышением его на третьей. Уменьшение потребности в поддержке со стороны группы, аутичность при прочих равных условиях приводят к повышению профиля на нулевой шкале, снижению его на третьей и нередко повышению его на восьмой.
- Выраженное повышение профиля на нулевой шкале может свидетельствовать об аутичности и своеобразном подходе к межличностным отношениям, характерном для шизоидных личностей, даже при отсутствии пика на восьмой шкале.
- Пик профиля на восьмой шкале при снижении его на нулевой также отражает своеобразие подхода к межличностным отношениям, которые в этом случае выражаются в обширных, но плохо организованных и лишенных адекватной эмоциональной окраски контактах.
- При пиках профиля на первой и нулевой шкалах можно говорить об ограничении сферы общения в связи с ощущением соматического неблагополучия, тогда как противоположное отношение (пик профиля на первой шкале при снижении его на нулевой) обычно указывает на сочетание склонности предъявлять соматические жалобы и пессимистически оценивать свою перспективу (потребность сообщить об этом возможно более широкому кругу лиц). Уровень профиля на нулевой шкале при пике его на второй в общем отражает степень выраженности «реакции призыва» и поисков помощи, обычно положительно коррелирующую с выраженностью тревожных расстройств и отрицательно — с тяжестью собственно депрессивной тенденции.
- При сочетании пиков профиля на четвертой и нулевой шкале, отражающей ограничение круга социальных контактов, вероятность явного асоциального поведения меньше, чем при сочетании пика профиля на четвертой шкале и снижения его на нулевой.

Словарь терминов

- **Аггравация** (*лат. aggravare* — ухудшать, отягощать). Преувеличение больным реально существующей болезни. А. может быть активной, умышленной, сознательной и пассивной, когда усиливаются лишь отдельные проявления болезни, но больной не препятствует проведению лечения. Об А. подсознательной говорят в тех случаях, когда больной стремится вызвать сочувствие окружающих, привлечь их внимание. А. патологическая наблюдается у психически больных (чаще всего при истероидной психопатии), стремящихся воспроизвести картину серьезного соматического заболевания.

продолжение

- Аутизм (*греч. autos* — сам) [Bleuler E., 1911]. «Отщепление» от действительности, фиксация на внутренних переживаниях, аффективных комплексах при шизофрении. Под аутизмом понимают изменение отношения больного к людям, уход в себя, отгороженность от внешнего мира, потерю эмоционального контакта с окружающими. Наблюдается, главным образом, при шизофрении, однако описывается и при грезах у психопатических личностей истероидного круга, у психически здоровых в известные периоды жизни, когда логическое отступает на задний план, — например, у фантазирующих детей при отсутствии у них жизненного опыта, необходимого для овладения логическими формами мышления.

продолжение

- Аффект (*лат. affectus* — душевное волнение, страсть). Кратковременное чувство, бурно протекающее, положительно или отрицательное окрашенное. Чаще всего возникает психогенно. Характерны бурные вегетативные проявления. Различают А. стенические (например, гнев, радость) и астенические (тоска, страх, тревога). При отсутствии возможности нормального отреагирования происходит образование застойного А.

продолжение

- *А. патологический* — возникает при воздействии острой психогении и носит кратковременный характер. При этом отмечается сужение сознания, сосредоточенного главным образом на травмирующих переживаниях. Заканчивается аффективным разрядом, во время которого часты агрессивно-разрушительные действия. В состоянии аффективного разряда нарушение сознания является глубоким, оно сопровождается дезориентировкой, бессвязной речью, чрезмерной жестикуляцией. Выход в состояние безразличия, безучастности, общей расслабленности, сменяющееся глубоким сном. После *А. патологического* наблюдается амнезия конградная.
- Таким образом, *А. патологический*, относящийся к исключительным состояниям, является острым психозом и обязательно протекает с нарушением сознания: с отрывом его от действительности, искаженным ее восприятием и ограничением сознания узким кругом представлений, непосредственно связанных с личностно-значимым раздражителем.
- *А. физиологический* — протекает без нарушений сознания, автоматизмов в двигательной-волевой сфере и амнезии. Развивается *А. физиологический* менее остро, в его течении нельзя проследить четкую смену фаз, присущих *А. патологическому* — подготовительной, взрыва и исходной. Син. *А. физиологического*: сильное душевное волнение. Основным дифференциально-диагностическим критерий *А. патологического* и *А. физиологического* — присущее первому

продолжение

- Гипомания (*гипо* + *греч. mania* — безумие, страсть, влечение). Нерезко выраженное маниакальное состояние, характеризующееся нерезким повышением настроения, умеренным ускорением течения ассоциативных процессов, стремлением к деятельности. Больные повышено активны, нередко недостаточно контролируют свои влечения. Может быть проявлением циклотимической фазы или стадией развития мании.
- Гипотимия (*гипо* + *греч. thymos* — настроение, чувство). Пониженное настроение, сочетающееся с уменьшением психической и (не всегда) двигательной активности. Один из признаков депрессивного синдрома (депрессивной триады

продолжение

- Декомпенсация (*де* + *лат. compensare* — уравнивать, возмещать). Недостаточность механизмов восстановления функциональных нарушений и структурных дефектов организма, гомеостаза. В психиатрии понятие Д, часто употребляется в отношении прослеживающейся в процессе жизни пробанда динамики его болезненного состояния, проявляющейся в дезадаптации (при личностной акцентуации, психопатиях), происходящей в связи с факторами как социально-психологическими, так и биологическими (соматические заболевания, возрастные кризы).

продолжение

- Депрессия. Синдром, характеризующийся пониженным настроением (гипотимией), торможением интеллектуальной и моторной деятельности, снижением витальных побуждений, пессимистическими оценками себя и своего положения в окружающей действительности, соматоневрологическими расстройствами. Д. присущи такие когнитивные свойства, как отрицательная, уничтожающая оценка собственной личности, внешнего мира и будущего. Депрессивные состояния отличаются большим многообразием и распространенностью. Схематически выделяют девять основных клинических вариантов Д., объединяемых в три группы [Kielholz P., 1970]:

- 1) *соматогенные* Д. — органическая и симптоматическая;
- 2) *эндогенные* — шизофреническая, циркулярная, периодическая, инволюционная;
- 3) *психогенные* — невротическая, истощения, реактивная.

Д., промежуточные между эндогенными и психогенными или психогенными и соматогенными. Нередко Д., начинаясь психогенно или соматогенно, в дальнейшем витализируется, то есть приобретает свойства эндогенной.

продолжение

- *Д. ангедоническая* — Д., протекающая с ангедонией (потерей чувства радости, наслаждения).
- *Д. анестетическая* — Д., протекающая с симптомами болезненной психической анестезии — мучительного бесчувствия, переживания внутренней опустошенности, утраты чувств к близким, исчезновения эмоционального резонанса.
- *Д. дисфорическая* — Д. со злобностью, мрачной раздражительностью и чувством неприязни к окружающему.
- *Д. заторможенная* — Д. с особенно выраженными «двигательным торможением, замедленным мышлением», при усилении которых может наблюдаться депрессивный ступор.
- *Д. тревожная* — Д., в клинической картине которой преобладает симптоматика тревоги. Характерно постоянное тягостное ожидание несчастья, которое, по убеждению больного, совершенно неотвратимо ждет его. Часто сочетается с идеями виновности, греховности, но иногда воспринимается больными как незаслуженная беда, проявление присущей больному невезучести, рокового стечения обстоятельств. Явления двигательного и речевого возбуждения, ламентации, при углублении тревоги — ажитация.

продолжение

- Дистимия (*дис* + *греч. thymos* — настроение, чувство). 1. Кратковременные, длящиеся несколько часов, иногда дней расстройства настроения (гневливость, недовольство, тревожно-депрессивное или тревожно-гневливое настроение). Наблюдается при эпилепсии, органических заболеваниях головного мозга [Fleming K., 1814]. 2. Термин Н.Л. Eysenck для обозначения личностного синдрома, характеризующегося высокими показателями нейротизма и интроверсии.
- Дисфория (*греч. dysphoria* — раздражение, досада). Расстройство настроения. Преобладает мрачное, угрюмое, злобно-раздражительное настроение. Эмоциональное состояние больного часто характеризуется предметной неопределенностью. Часты аффективные вспышки, легкость проявления агрессии. Д. наблюдается при многих психических заболеваниях, функциональных и органических, особенно типичны для эпилепсии, при которой они могут предшествовать припадку, завершать его или выступают в роли эквивалента.

продолжение

- Истерия (греч. *hystera* — матка; в Древней Греции И. связывали с нарушениями функции матки). Психопатологический симптокомплекс, включающий полиморфные функциональные психические, соматические и неврологические расстройства, характеризующиеся высокой внушаемостью больных и склонностью их к самовнушению, стремлением привлечь к себе внимание. В настоящее время пониманию И. как нозологической формы противостоит выделение истерического невроза и психопатии истероидного круга

продолжение

- Каталепсия (*греч. katalapsia* — схватывание). Симптом двигательных расстройств, характеризующийся застыванием больного в принятой им позе, даже и очень неудобной, требующей значительного мышечного напряжения. Наблюдается при кататонической шизофрении.
- Кататимия (*греч. katathymeo* — падать духом, унывать) [Maier H.W., 1912]. Понятие, отражающее влияние эмоциональных факторов (аффектов) и амбивалентных тенденций (чувств, желаний, опасений) на мыслительную деятельность человека. При этом ассоциативные процессы, идущие в соответствии с аффективно заряженными комплексами, усиливаются в своих проявлениях, а противоречащие им тормозятся. Кататимический аффект присущ определенным группам представлений, каждая из которых в связи с такой

продолжение

- Конверсия (*лат. conversio* — изменение) [Freud S., 1895]. Отщепление аффективной реакции от содержания психической травмы и направление ее по другому руслу. По А. Jakubik [1979], возможны три варианта К.: 1. К. служит средством защиты от страха, является механизмом психологической защиты; 2. При К. осуществляется преобразование «психической энергии» (либидо) в соматический синдром или симптом; 3. К. проявляется в символизации соматических синдромов или симптомов, отражая лежащий в их основе внутренний конфликт. Учитывая широкий диапазон, а также метафоричность понимания К. психоаналитиками, А. Jakubik предлагает вместо этого термина пользоваться понятием «истерические расстройства чувствительно-двигательной сферы», хотя можно думать, последний термин чрезмерно суживает понятие К.
- Син.: конверсивная реакция, истерическая конверсия, конверсивная истерия, истерический невроз конверсивного типа.

продолжение

- Конфликты невротические [Мясищев В.Н., 1960]. Выделяются три основных типа невротических конфликтов, соответствующих определенным формам неврозов: истерический, обсессивно-психастенический и неврастенический. Истерический характеризуется завышенным уровнем притязаний при недооценке реальных условий и неспособностью тормозить не соответствующие этим условиям желания, обсессивно-психастенический — противоречиями между желанием и долгом, неврастенический — несоответствием между возможностями, стремлениями личности и завышенными требованиями к себе. Клинические формы неврозов могут рассматриваться как зафиксированные особенности отдельных механизмов болезненного восприятия и переработки жизненных трудностей [Карвасарский Б.Д., 1980].

продолжение

- Неврозы (*греч. neuron* — нерв, *-osis* — суффикс, обозначающий болезнь). Термин введен W. Cullen [1776]. Психогенные (как правило, конфликтогенные) нервно-психические расстройства, заболевания личности, возникающие в результате нарушения особо значимых жизненных отношений человека и проявляющиеся в специфических клинических феноменах при отсутствии психотических явлений [Карвасарский Б.Д., 1980]. Для них характерны: обратимость патологических нарушений, независимо от их длительности; психогенная природа заболевания, которая определяется существованием связи между клинической картиной Н., особенностями системы отношений, присущей личности больного, и патогенной конфликтной ситуации

продолжение

- Психастения (*псих + астенция*). 1. Син. невроза навязчивых состояний (устар. и нерекомендуемый). 2. Форма психопатий, основными чертами которой, по П. Б. Ганнушкину [1933], являются «крайняя нерешительность, боязливость и постоянная склонность к сомнениям». Характер психастеника определяется тревожной мнительностью, неуверенностью в себе, однако нередко у психастеников проявляются компенсаторные черты личности в виде эпилептоидных компонентов (торпидность, ригидность, застревание эмоций и мыслительной деятельности, педантичность) [Janet P., 1908]. Такая «сверхточность» при психастенической акцентуации личности и психопатии, по К. Leonhard [1964, 1968], вместо компенсации личностной дезадаптации приводит к усугублению, заострению выраженности эпилептоидных черт, шизоидным

продолжение

- Психозы (*псих + оз*). Выраженные формы психических расстройств, при которых психическая деятельность больного отличается резким несоответствием окружающей действительности, отражение реального мира грубо искажено, что проявляется в нарушениях поведения и проявлении в психозе несвойственных ей в норме патологических симптомов и синдромов (расстройств восприятия, памяти, мышления, аффективности и др.).
- *П. маниакально-депрессивный*. Эндогенное психическое заболевание, протекающее в виде аффективных фаз (депрессивных и маниакальных), разделенных светлыми промежутками, интермиссиями. Даже при длительном течении признаков психического дефекта, существенных изменений личности не наблюдают. Включает в себя клинически выраженные (циклофрения) и мягкие, облегченные (циклотимия) формы. В настоящее время дискуссионным является вопрос о нозологической самостоятельности монополярных аффективных психозов [Leonhard K., 1957; Angst J., 1966; Perris C., 1966]. По Т.Ф. Пападопулосу и И.В. Шахматовой-Павловой [1983], разделение аффективных П. только по одному клиническому признаку моно- или биполярности течения недостаточно обосновано, хотя различия между классическим биполярным типом и монополярными типами течения имеются, при этом играют роль факторы возрастные и конституционально-генетические.

продолжение

- Психопатия. Аномалия личности, характеризующаяся дисгармоничностью ее психического склада. Основные критерии выделения П.: 1. Выраженность патологических свойств личности до степени нарушения адаптации; 2. Тотальность психопатических особенностей, определяющих весь психический облик индивида; 3. Их относительная стабильность, малая обратимость [Ганнушкин П.Б., 1933; Кербиков О.В., 1961]. Наряду с врожденными, ядерными, выделяют П. приобретенные. Изучая П. не только в статике, но и в динамике, П.Б. Ганнушкин наряду с конституциональным развитием в рамках П. выделил ситуационные, возникающие вследствие психических травм, протекающие сдвигами, с появлением качественных изменений личности; при этом конституциональные факторы больного в процессе развития превращаются не только в

продолжение

- Шизофрения. Эндогенное прогрессирующее психическое заболевание, характеризующееся диссоциацией психических функций и протекающее с обязательным развитием психического дефекта в эмоционально-волевой сфере и разнообразными продуктивными психопатологическими расстройствами (бред, галлюцинации, аффективные расстройства, кататонические симптомы и др.).
- В клинической картине Ш. выделяют триаду основных, облигатных симптомов — аутизм, расщепление и эмоциональное отупение. Название заболевания происходит от слова «расщепление». Расщепление проявляется характерной для Ш. диссоциацией, дискордантностью психических функций.
- Заболеваемость Ш. выше всего в подростковом и юношеском возрасте, а также в возрасте 20-29 лет.