

УДК 616-052:616-007

Доц., канд. мед. наук В. И. БОБК

## ЗНАЧЕНИЕ ПСИХОДИАГНОСТИКИ ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ПАЦИЕНТОВ ДЛЯ РАЗРАБОТКИ ПСИХОКОРРЕКЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ

Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина

**Проанализированы результаты применения опросника ММРІ (СМИЛ) для изучения структуры личностных особенностей пациентов амбулаторной практики, которые выявили комбинации дезинтеграции шкальных профилей, соответствовавшие клинической картине заболевания. Полученные данные могут быть использованы при формировании психодиагностического и психокоррекционного подходов при работе с пациентами психиатрической и психотерапевтической направленности.**

*Ключевые слова: психодиагностика, патопсихологическое обследование, личностные особенности, психокоррекция, опросник ММРІ (СМИЛ).*

Одним из важнейших направлений деятельности психиатрической и психотерапевтической службы является психокоррекция, эффективность которой в существенной мере зависит от адекватного понимания специалистом личности человека. Любое клиническое состояние определяется искажением психологической целостности личности и окрашивается теми переживаниями, которые отражают наиболее сохраненные стороны личности больного и реакцию на стрессовый фактор [1]. Что касается пограничных психических расстройств, то здесь актуальное состояние тесно

связано с устойчивыми личностными свойствами и отношением личности к психотравмирующей ситуации, выступающей в качестве патогенного фактора [2]. У больных с тяжелыми психическими нарушениями данные психодиагностического исследования выявляют в основном те переживания, которые имеют личностный оттенок [3]. Тип реагирования и направленность поведения в стрессовых условиях существенно зависит от индивидуальных особенностей личности [4]. При психодиагностической и психокоррекционной работе с пациентом психиатрического, психотерапевтического профиля

важно выявить в первую очередь сложную структуру психологических проблем человека [5, 6]. Учитывая это, необходим экспериментально-психодиагностический подход для получения и изучения многостороннего личностного портрета пациентов. Среди различных «личностных» тестов большим преимуществом Миннесотского многоаспектного личностного опросника (ММПИ) и его модифицированного варианта СМИЛ (Стандартизованная методика исследования личности) является наличие в их структуре шкал достоверности, что позволяет определить не только надежность результатов, но и установку респондента на процедуру обследования и как следствие — на процесс взаимоотношений с врачом и саму психокоррекцию.

Результаты (Т-баллы) подсчитываются по шкалам: лжи (L); валидности, достоверности (F); коррекции (K); социальной интроверсии (0); невротического сверхконтроля, ипохондрии (1); пессимистичности, депрессии (2); эмоциональной лабильности, истерии (3); импульсивности, психопатии (4); фемининности — мускулинности (5); ригидности, паранойи (6); тревожности, психастении (7); индивидуалистичности, шизофрении (8); оптимистичности, гипомании (9).

Шкалы в целом делятся на четыре группы [7]:

- 1) «сильного» регистра, выявляющие стеничные свойства личности (4, 6, 9);
- 2) «слабого» регистра, отражающие гипостенические черты (2, 7, 0);
- 3) «смешанного» типа реагирования (1, 3);
- 4) 5-я и 8-я шкалы: повышенная у мужчин и пониженная у женщин 5-я шкала смягчает стеничные характеристики, а повышенная 8-я и у тех, и у других усиливает индивидуалистичность.

Коридор нормы определяет разброс показателей в пределах от 30 до 70 Т-баллов; отсчет разброса показателей профиля СМИЛ идет от 50 Т-баллов — так называемого «идеально-нормативного» среднего профиля, соответствующего теоретической усредненной норме [8].

Было обследовано 65 пациентов трудоспособного возраста, которые обратились за амбулаторной психиатрической помощью в Броварскую центральную районную больницу. Обследованные были разделены на три клинические группы по нозологическому критерию, а именно: у 17 человек выявлялись невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (рубрика F4 по МКБ-10), у 25 — расстройства личности и поведения (F6) и у 20 — психотические расстройства, в том числе шизофренического круга (F2). Каждый из обследованных больных прошел анкетное тестирование с помощью варианта СМИЛ, содержащего 566 вопросов-утверждений. Контрольную группу (КГ) составили 21 человек без каких-либо

значительных отклонений в психической сфере. Результаты проведенного исследования представлены в табл. 1.

Клинико-психопатологическое обследование пациентов с невротическими расстройствами показало преобладание тревожной, тревожно-фобической, обсессивно-фобической, ипохондрической симптоматики. Высказывались также жалобы на плохой аппетит, тошноту, боли в области эпигастрия, потерю массы тела или затруднения при глотании; на учащенное сердцебиение, беспокойство по поводу возможности возникновения заболевания сердца, боли в шее, спине и плечах; чувство сжатия и сдавления головы, постоянную тупую или пульсирующую боль в висках или затылке. Все шкальные показатели (табл. 1) в этой группе остаются в интервале «условной нормы», однако обращает на себя внимание завышенная 7-я шкала (шкала тревожности, психастении). Кроме того, наблюдается такое расположение триады 1-й, 2-й и 3-й шкал, которое в патопсихологии называется «невротическая пятерка». Завышенные относительно других показателей шкалы «Ипохондрия» и «Истерия» свидетельствуют о сверхценной фиксированности на самочувствии и переживаниях, о высокой внушаемости и тревожной мнительности в любых вопросах, касающихся здоровья, о преобладании конверсионных, рентных и аггравационных установок («условная желательность болезни»). Контрольные шкалы ММПИ зафиксировали снижение волевого контроля над негативными эмоциями (пик на шкале F), склонность к аггравации и драматизации имеющихся проблем, тенденцию уделять несоизмеримо большое количество внимания своей «патологии» и считать ее более тяжелой, чем это подтверждалось клинико-психопатологическими исследованиями. Наблюдались также установки и реакции, направленные на вызывание сострадания у окружающих с целью получения какой-либо, порой объективно сомнительной, однако субъективно желанной выгоды. Иногда пациенты были склонны делать акцент на соматических жалобах, думая, что это вызовет больше сочувствия, требовали тщательного соматического обследования.

В целом профиль обнаруживает наличие значительных эмоционально-волевых нарушений, общей дезорганизации и сниженной резистентности к стрессогенным факторам.

Что касается группы пациентов с личностными и поведенческими нарушениями, то пропорциональное соотношение средних значений контрольных шкал свидетельствует о тенденции ко всевозможным установочным реакциям негативистического типа на сам опросник и процедуру обследования. Нами отмечались многочисленные

Результаты тестирования по СМИЛ обследованных клинических и контрольной групп (m±M)

| Шкала | Регистр нарушений     |                    |                       |            |
|-------|-----------------------|--------------------|-----------------------|------------|
|       | невротический, n = 17 | личностный, n = 25 | психотический, n = 20 | КГ, n = 21 |
| F     | 71,34±3,21            | 76,15±2,22         | 56,62±3,51            | 62,53±2,59 |
| L     | 43,31±2,58            | 65,82±3,45         | 53,23±2,46            | 55,82±1,90 |
| K     | 41,11±1,17            | 59,52±3,19         | 68,93±3,43            | 64,82±1,84 |
| 0     | 55,91±2,61            | 52,41±4,19         | 68,50±4,01            | 53,11±2,83 |
| 1     | 68,79±4,71            | 48,19±2,18         | 52,81±1,98            | 54,25±1,99 |
| 2     | 56,21±2,96            | 62,52±3,69         | 57,75±2,14            | 51,12±2,92 |
| 3     | 65,25±3,05            | 55,13±2,19         | 51,93±2,52            | 53,94±3,04 |
| 4     | 48,54±2,41            | 66,79±3,40         | 54,12±3,20            | 50,31±2,25 |
| 5     | 53,51±4,03            | 57,32±2,32         | 55,14±3,79            | 49,62±4,79 |
| 6     | 56,73±1,94            | 58,90±2,50         | 64,21±3,18            | 47,31±2,82 |
| 7     | 62,18±2,54            | 52,13±1,35         | 67,52±4,13            | 57,34±3,09 |
| 8     | 52,33±3,09            | 57,41±2,23         | 69,61±2,07            | 55,51±2,03 |
| 9     | 46,64±1,41            | 69,19±3,41         | 63,34±1,96            | 56,25±2,35 |

попытки «разгадать и перехитрить» методику; пренебрежительно-небрежное заполнение бланка, невнимательность, нежелание в полной мере осмыслить инструкцию и следовать ей. Наблюдались попытки агравации собственной личностной дезинтеграции, а также попытки диссимуляции и представления себя в «лучшем свете». Наиболее высокие Т-баллы зафиксированы на шкалах «гипомания», «психопатия» и «депрессия», что говорит о мозаичном сочетании противонаправленных тенденций, значительной вероятности импульсивного поведения (вплоть до экстремального) на фоне сниженного аффективного контроля, дефицита антиципации и критики к собственным действиям.

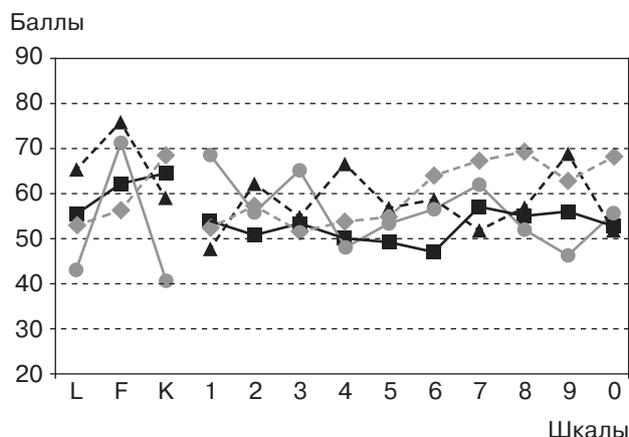
Результаты клинко-психопатологического исследования в данной группе свидетельствуют о преобладании неустойчивого и эксплозивного

типов личностной дезинтеграции (независимо от акцентуированной или психопатической ее выраженности), а также некоторых смешанных типов. Наиболее типичными проявлениями выступали демонстративно-шантажное суицидальное или аутодеструктивное поведение, употребление психоактивных веществ.

В группе пациентов с различными психотическими расстройствами были сильны диссимулятивные, защитные, анозогностические тенденции и установки. Основной профиль шкальных показателей данной группы относится к «психотическому» типу — резко завышены шкалы «Паранойя», «Психастения», «Интроверсия», «Гипомания» и собственно «Шизофрения» по сравнению со шкалами L, F и K. Данные клинко-психопатологического исследования свидетельствуют о неоднородности данной группы, обнаруживают наличие многих «маскирующих» симптомов (психопатоподобных, сенестопатических, истероформных и др.).

В контрольной группе без каких-либо психопатологических симптомов общая структура показателей ММРІ близка к данным статистической нормы. Так, контрольные шкалы выявили «нормативно-защитную реакцию на тест», аналогичную установкам здоровых взрослых респондентов. Итоговый график шкальных показателей в контрольной группе расположен вблизи среднестатистического тренда и является значительно более «сглаженным», т. е. сбалансированным, гармоничным и в целом адаптивным, чем в любой из клинических групп (рисунок).

С помощью попарной проверки основных шкальных профилей без учета контрольных шкал, а также коэффициента парной ранговой корреля-



Графическое изображение результатов проведенного исследования (все группы сравнения): —■— контрольная группа; —●— F4; ---▲--- F6; ---◇--- F2

ции по Спирмену установлено, что от контрольной выборки в наибольшей степени отличается группа с невротическими расстройствами:  $r_s = 0,056$ , достоверность различий  $p < 0,001$  (соответствующие значения группы психотических расстройств  $r_s = 0,247$ ,  $p < 0,01$ ; группы пациентов с личностно-поведенческими нарушениями  $r_s = 0,306$ ,  $p < 0,01$ ).

Попарное сравнение данных клинических групп показало, что в наибольшей степени различаются выборки с профилями «Невротические расстройства» и «Личностные нарушения», так как между этими двумя профилями выявлена сильная отрицательная обратная связь:  $r_s = -0,753$ ,  $p < 0,01$ . Затем следует пара групп «Невротические расстройства» и «Психотические расстройства»:  $r_s = -0,334$ ,  $p > 0,05$ . Между профилями групп «Личностные нарушения» и «Психотические расстройства» корреляционных связей не выявлено ( $r_s = -0,004$ ,  $p > 0,05$ ).

Таким образом, при групповом обследовании пациентов результаты опросника СМИЛ абсолютно верно характеризуют различные клинические выборки пациентов, тем самым подтверждая личностную включенность в нозологию.

Полученные данные могут быть использованы при выборе психодиагностического и психокоррекционного подходов в лечении пациентов психиатрической и психотерапевтической направленности, а также при разработке психопрофилактических и психогигиенических мероприятий, направленных на формирование стрессоустойчивости и положительного мотивационного компонента личности.

#### Список литературы

1. *Анцыферова Л. И.* Личность в трудных жизненных условиях: переосмысливание, преобразование ситуаций и психологическая защита / Л. И. Анцыферова // Психологич. журн.— 1994.— Т. 15, № 1.— С. 3–19.
2. *Александровский Ю. А.* Пограничная психиатрия и современные социальные проблемы / Ю. А. Александровский.— Ростов-на-Дону: Феникс, 1996.— 111 с.
3. *Короленко Ц. П.* Личностные расстройства / Ц. П. Короленко, Н. В. Дмитриева.— СПб.: Питер, 2010.— 400 с.
4. *Keyes C. L. M.* Mental liness and/or Mental Health? Investigating Axioms of the Complete State Model of Health / C. L. M. Keyes // J. of Consulting and Clinical Psychology.— 2005.— Vol. 73.— P. 539–548.
5. Стан психічного здоров'я населення та перспективи розвитку психіатричної допомоги в Україні / М. К. Хобзей, П. В. Волошин, Н. О. Марута [та ін.] // Укр. вісн. психоневрології.— 2012.— Т. 20, вип. 3 (72).— С. 13–18.
6. *Юдин Ю. Б.* Международные рекомендации для разработки стратегических подходов к охране психического здоровья / Ю. Б. Юдин // Психічне здоров'я.— 2005.— № 3.— С. 4–9.
7. *Собчик Л. Н.* СМІЛ. Стандартизований багатофакторний метод дослідження особистості / Л. Н. Собчик.— СПб.: Речь, 2007.— 224 с.
8. Практическая психодиагностика. Методики и тесты: учеб. пособ.; под ред. Д. Я. Райгородского.— Самара: Бахрах-М, 2001.— 672 с.

### ЗНАЧЕННЯ ПСИХОДІАГНОСТИКИ ОСОБИСТІСНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПАЦІЄНТІВ ДЛЯ РОЗРОБКИ ПСИХОКОРЕКЦІЙНИХ ЗАХОДІВ

В. І. ВОВК

**Проаналізовано результати застосування опитувальника ММРІ (СМДО) для вивчення структури особистісних особливостей пацієнтів амбулаторної практики, що виявили комбінації дезінтеграції шкальних профілів, які відповідали клінічній картині захворювання. Отримані дані можуть бути використані при формуванні психодіагностичного і психокорекційного підходів при роботі з пацієнтами психіатричної та психотерапевтичної спрямованості.**

*Ключові слова:* психодіагностика, патопсихологічне обстеження, особистісні особливості, психокорекція, опитувальник ММРІ (СМДО).

### SIGNIFICANCE OF PSYCHODIAGNOSIS OF PERSONALITY CHARACTERISTICS FOR DEVELOPMENT OF PSYCHOCORRECTION MEASURES

V. I. VOVK

**Application of questionnaire MMPI (SMIL) to investigation of the structure of personality characteristics was analyzed in outpatients. Combinations of disintegration of scale profiles corresponding to the clinical picture of the disease were revealed. The obtained findings can be used at formation of psychodiagnostic and psychocorrection approach when working with psychiatric and psychotherapeutic patients.**

*Key words:* psychological diagnosis, pathopsychological examination, personality traits, psychological correction, questionnaire MMPI (SMIL).

Поступила 02.10.2014