

DOI : 10.31363/2313-7053-2019-1-52-60

## Латентные личностные профили при психических заболеваниях: анализ реструктурированных клинических шкал ММПИ-2\*

Рассказова Е.И.

Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова,  
Научный центр психического здоровья, Москва

**Резюме.** На выборке 262 пациентов с психическими заболеваниями на основе реструктурированных шкал ММПИ-2 были выделены шесть латентных личностных профилей. «Подавляющий» профиль характеризуется склонностью к самопрезентации, подавлению и чаще встречается при нарушениях адаптации и шизофрении. «Нормативный» профиль может сочетаться с агрессивностью, трудностями контроля поведения и отмечается у каждого второго пациента с аддикциями. «Психопатизированный» профиль характеризуется неспецифическим нарастанием психопатологических жалоб и распространен при депрессиях. «Невротический» профиль типичен для пациентов с аффективными и шизо-типическим расстройствами. «Шизоидный» профиль сопряжен с признаками вычурного мышления, психотическими симптомами и страхами, а профиль декомпенсации отражает общее острое состояние или невалидность ответов в связи с аггравацией.

**Ключевые слова:** психодиагностика личности, психические заболевания, ММПИ-2, реструктурированные клинические шкалы, анализ латентных профилей.

### Latent personality profiles in mental illnesses: analysis of restructured clinical scales of MMPI-2\*\*

Rasskazova E.

Lomonosov Moscow State University, Mental Health Research Center, Moscow, Russia

**Summary.** On a sample of 262 patients with mental illnesses based on restructured clinical scales of MMPI-2 six latent personality profiles were identified. A “suppressive” profile is characterized by a tendency toward self-presentation, suppression, and is more common with adaptation disorder and schizophrenia. The “normative” profile can be combined with aggressiveness, difficulties of behavior control and is typical for every second patient with addictions. The “psychopathized” profile is characterized by a nonspecific increase in psychopathological complaints and is common in depressions. The “neurotic” profile is typical for patients with affective and schizotypal disorders. The “schizoid” profile is associated with signs of bizarre mantations, psychotic symptoms and fears, while the profile of decompensation reflects a general acute condition or responses invalidity.

**Key words:** psychodiagnostic of personality, mental illnesses, MMPI-2, restructured clinical scales, latent profile analysis.

Психодиагностика личности остается одной из важнейших задач при психических заболеваниях [4], в том числе ввиду ее признанной роли для последующего лечения и реабилитации [2;3]. В клинко-психологической практике наибольшее распространение получили структурированные методики, основанные либо на теоретических моделях [17], либо на так называемом подходе «эмпирической настройки» [20]. Миннесотский многофакторный личностный опросник (ММПИ), в 1989 году переработанный в форме второй версии ММПИ-2 [11], является наиболее

известным примером второго подхода. В России первая версия ММПИ получила известность благодаря работам Ф.Б. Березина и сотрудников [1] и Л.Н. Собчик [7], независимо развивавших две русскоязычные модификации\*\*\* этого инструмента. Относительно недавно была проведена официальная русскоязычная апробация ММПИ-2 [6].

Преимуществом подхода «эмпирической настройки» является «неочевидность» пунктов для респондентов при хорошей дифференциальной способности, а также возможности сопоставительного анализа разных шкал — профиля в целом. Для удобства практики были предложены различные системы кодировки профилей (например, на основе двух, трех пиков и т.п.). Однако полный перебор вариантов был громоздким и далеко не всегда соответствовал клиническим характеристикам пациентов [10;13]. Более того, из-

\* Исследование выполнено при поддержке гранта Президента Российской Федерации для государственной поддержки молодых российских ученых, проект МК-2193.2017.6 «Психодиагностика личностных убеждений в норме и патологии».

\*\* The study was supported by the grant of the President of the Russian Federation for the state support of young Russian scientists, the project № МК-2193.2017.6 «Psychodiagnostics of personality beliefs in norm and pathology».

\*\*\* Оба автора указывают, что их методики являются модификациями ММПИ.

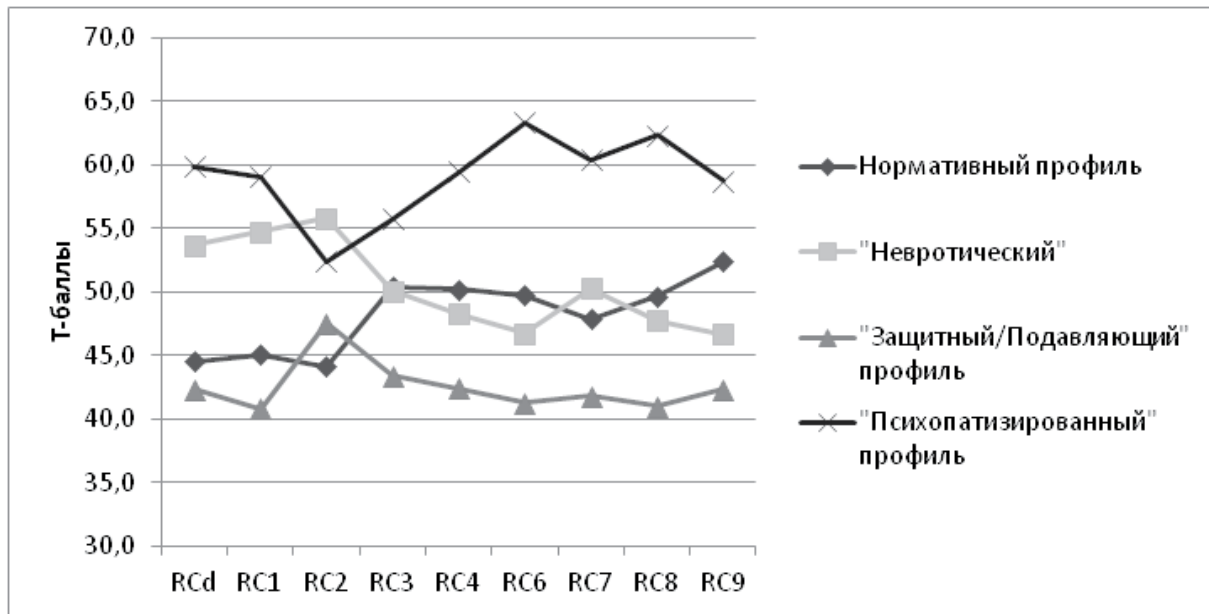


Рис.1. Латентные профили по реструктурированным клиническим шкалам в норме

за различий в форме распределений по разным клиническим шкалам сравнение шкал профиля «на глаз» с выявлением пиков чревато ошибками [20].

Дальнейшее развитие статистического метода кластерного анализа привело к развитию классификаций профилей пациентов с различными психическими заболеваниями (например, [14;16]). К сожалению, кластерный анализ крайне чувствителен к тому, чтобы исходные переменные были содержательно одноуровневыми и как можно более «равномерно» представляющими реальность — а первая версия ММРІ критиковалась именно за недостаточность теоретического обоснования и эмпирической согласованности шкал [11], а также их «смещение», по-видимому, за счет существования общего фактора «психопатизации», который А. Теллеген с соавторами предложили называть «деморализованностью» [20]. Кроме того, эти методы не учитывают ошибки измерения, которая в психодиагностике личности может быть особенно велика ввиду сложности и неоднозначности измеряемых конструктов [8]. Возможно, поэтому, далеко не все полученные классификации удавалось воспроизвести в дальнейших исследованиях [19].

Вторая версия ММРІ снимает большую часть этой критики: были разработаны «униформные» Т-баллы; шкалы получили теоретическое обоснование и уточнение психометрических характеристик; были добавлены содержательные шкалы, основанные на экспертном выделении содержательно единых паттернов, дополнительные шкалы, полученные в сравнении с новыми клиническими группами. Позднее был проведен анализ больших контрольных и клинических выборок с целью выявления общего фактора «деморализованности» и того содержательного «ядра», кото-

рое специфично для каждой из клинических шкал [20]. Так были получены реструктурированные клинические шкалы, претендующие на однородность: общей деморализованности RCd, соматических жалоб RC1 (предполагаемое «ядро» ипохондрии), низкого уровня позитивных эмоций RC2 (соотносится с депрессией), цинизма RC3 (отрицание которого соотносится с истерией), антисоциального поведения RC4 (соотносится с девиантной психопатией), идей преследования RC6 (соотносится с паранойей), дисфункциональных негативных эмоций RC7 (соотносится с психастенией), аномальных переживаний RC8 (соотносится с шизофренией), гипоманиакальной активности RC9 (соотносится с гипоманией). Латентные же методы анализа (метод латентных классов для категориальных переменных и латентных профилей для переменных в численных шкалах) позволяют учесть ошибки измерения [18]. Однако применяются они относительно редко, преимущественно в отношении специфических выборок и на базовых клинических шкалах [9;12;15;20].

Целью данной работы является выявление латентных личностных профилей при психических заболеваниях на основе реструктурированных шкал ММРІ-2. Анализ латентных профилей в норме позволил дифференцировать четыре варианта (рис. 1, [5]): нормативный, «защитный / подавляющий», «невротический» и «психопатизированный».

#### Материалы и методы

Исследование проведено на клинической выборке русскоязычной апробации ММРІ-2\* [6], ко-

\* Автор благодарит проф. Д.А. Леонтьева за разрешение использовать данные для вторичной обработки

торая включила 261 пациента с различными психическими заболеваниями (104 мужчины и 157 женщин в возрасте от 18 до 74 лет, средний возраст  $33,21 \pm 14,61$  лет). Аprobация проводилась на базе следующих учреждений: Психиатрическая клиника имени С.С. Корсакова Первого московского государственного медицинского университета имени И.М. Сеченова, Научный центр психического здоровья, Городская психиатрическая больница №13.

Критериями исключения из исследования были возраст менее 18 лет, наличие когнитивных, эмоциональных или иных нарушений, препятствующих пониманию пунктов методики и ответу на них, отказ от участия в исследовании.

Респонденты отвечали на 567 вопросов ММРІ-2; сырые показатели трансформировались в Т-баллы отдельно для мужчин и женщин на основе русскоязычных норм\*.

Группа экспертов, включающая психиатра и двух клинических психологов, разделила пациентов на основе их диагнозов по МКБ-10 на 6 групп. Группа аддикций включила 24 пациентов (9,2%) с диагнозами наркомании, алкоголизма и полинаркомании (F10, F11, F19). Группа эмоционально-лабильных пациентов включила 25 человек (9,6%) с биполярным аффективным расстройством (F31), шизоаффективным расстройством (F25), органическим аффективным и органическим эмоционально-лабильным расстройством (F06.3, F06.6). Группа с шизофренией и психотическими расстройствами включила 69 пациентов (27,5%) с шизофренией (F20) и другими психотическими расстройствами (F22, F23). 21 пациент (8,0%) был отнесен к группе с шизотипическим расстройством (F21). Группа с депрессиями включила 40 человек (15,3%) с диагнозами депрессивный эпизод, рекуррентное депрессивное расстройство, циклотимия, дистимия (F32, F33, F34.0, F34.1). Группа с нарушениями адаптации включила 59 пациентов (22,6%) с реакцией на тяжелый стресс, нарушением адаптации и неврастений (F43, F48.8). Остальные 23 пациента имели единичные разнообразные диагнозы (легкое когнитивное расстройство органического поражения ЦНС F06.7, тревожное расстройство F41.1, F41.2, F41.3, нервная анорексия (F50.0), обсессивно-компульсивное расстройство F42, соматоформное расстройство F45).

Обработка данных проводилась в программах Mplus 7.0. и SPSS 23.0.

### Результаты и их обсуждение

Выявление и интерпретация латентных клинических профилей ММРІ-2

\* Поскольку задачей данного исследования была дифференциация максимального разнообразия личностных профилей пациентов с психическими заболеваниями, не проводилось исключения протоколов на основе шкал валидности. Программа Mplus включает стратегию дополнения пропущенных данных на основе заполненных, поэтому протоколы не исключались и на основе пропусков ответов.

Общей рекомендацией метода латентных профилей [18] является независимый расчет и последующее сравнение моделей с разным количеством классов и разными допущениями (в данном исследовании два варианта: вариативность / инвариативность дисперсий в группах задает допущение о том, могут ли группы быть более или менее разнообразными в сравнении друг с другом; диагональность / недиагональность матрицы ковариаций задает допущение о том, связаны или нет переменные друг с другом). Модель с различными дисперсиями и ковариациями сошлась лишь для случаев двух и трех профилей, и в обоих случаях результаты не позволяли доказать превосходство классификации над ее отсутствием (единой выборкой), поэтому этот вариант был признан не соответствующим эмпирическим данным.

В остальных трех случаях сравнивались показатели соответствия моделей (табл. 1) как информационный критерий AIC, так и результаты сравнения методом бутстрепа постоянно свидетельствовали в пользу моделей с большим числом профилей. В модели с инвариантными дисперсиями и диагональной матрицей минимальное значение BIC и максимальное значение энтропии (качества классификации) свидетельствовало в пользу 6 профилей, хотя значимое улучшение модели от пяти к шести профилям по критерию Ло-Менделла-Рубина не отмечалось\*\*. По тем же критериям, в случае выбора модели с различными дисперсиями предпочтение следовало отдать моделям с четырьмя или пятью профилями, а в случае модели с ковариациями — пяти профилям.

Для всех пяти вариантов классификации строились профили отдельно для мужчин и женщин и сравнивались содержательно. Во всех случаях выделялись два профиля, близких к нормативным 50 Т-баллам по всем реструктурированным шкалам: один с небольшим пиком по шкале RC2 и более низкими значениями по шкалам RC3-RC9; другой — с несколько более высокими значениями по шкалам RC3-RC9 и «провалом» по шкале RC2. Содержательно они полностью соответствуют «защитному/подавляющему» и «нормативному» профилям, выделенным на основе нормативных данных (рис. 1). Во всех классификациях выделялся завышенный профиль с пиками по шкалам RCd, RC1, RC2, а также RC6, RC7 и RC8, который отражает либо острое состояние, либо невалидные ответы, вызванные явной аггравацией.

Еще один профиль во всех классификациях соответствует «невротическому» в норме, с пиками по шкалам RCd, RC1, RC2 и RC7, хотя общий уровень пиков также на 10-20 Т-баллов в среднем выше нормы. В классификациях с пятью профилями последний профиль, как правило, выше «нормативного» и «подавляющего», но ниже остальных и либо носит сглаженный характер, либо характеризуется пиками по шкалам RCd,

\*\* Результаты по критерию Буонга-Ло-Менделла-Рубина полностью соответствовали скорректированному критерию, поэтому не приведены.

**Таблица 1. Сравнение альтернативных моделей латентных личностных профилей пациентов с психическими заболеваниями (фрагмент; выделены возможные модели)**

Модель	Информационные критерии		Энтропия	Сравнение модели с n классами с моделью с (n-1) классами методом бутстрепа		Сравнение модели с n классами с моделью с (n-1) классами скорректированным критерием Ло-Менделла-Рубина	
	AIC	BIC		$\Delta LR$	p	LRT	p
Модель с инвариантными дисперсиями и диагональной матрицей							
4 профиля	12179	12350	0,84	148,00	0,00	145,38	0,36
5 профилей	12119	12326	0,85	80,17	0,00	78,76	0,03
6 профилей	12071	12314	0,86	67,66	0,00	66,47	0,34
7 профилей	12047	12325	0,85	44,03	0,00	43,25	0,23
Модель с различными дисперсиями и диагональной матрицей ковариации							
3 профиля	12252	12451	0,86	160,86	0,00	159,35	0,18
4 профиля	12137	12404	0,88	153,04	0,00	151,61	0,01
5 профилей	12068	12403	0,88	106,83	0,00	105,83	0,41
6 профилей	12014	12417	0,89	91,22	0,00	90,36	0,10
Модель с инвариантными дисперсиями и ковариациями							
4 профиля	11891	12191	0,85	31,87	0,04	31,30	0,88
5 профиля	11878	12213	0,87	33,50	0,04	32,91	0,25
6 профилей	11861	12232	0,86	36,55	0,03	35,90	0,29
Модель с различными дисперсиями и ковариациями							
2 профиля	11912	12172	0,70	91,17	0,33	90,32	0,55
3 профиля	11860	12188	0,87	90,17	0,38	89,32	0,21

RC6 и RC8. В классификации с пятью профилями этот профиль «разделен» на два более четких варианта, поэтому предпочтение было отдано этой классификации (рис. 2): один с пиком по шкале RCd и высокими значениями по шкалам соматических жалоб RC1 и дисфункциональных негативных эмоций RC7 (соответствующий профилю деморализованности и названный в норме «психопатизированным») и другой с пиками по шкалам RC6 и RC8 («шизоидный»).

#### Дифференциально диагностические возможности латентных профилей

Латентные профили различаются при разных психических заболеваниях ( $\chi^2=55,64$ ,  $p<0,01$ , Cramer's  $V=0,44$ ). Согласно с предложенной выше интерпретацией, эмоциональная лабильность, шизоаффективные расстройства, а также шизотипическое расстройство сопряжены с «невротическим» профилем. При нарушениях адаптации, напротив, отмечается не «невротический» профиль, а «подавляющий» или «нормативный». Общая «деморализованность» наиболее типична для депрессий.

Хотя для пациентов с шизофренией характерен «шизоидный» профиль, он чаще встречается у эмоционально-лабильных пациентов и при шизоаффективных расстройствах. Пациенты с шизофренией, напротив, чаще характеризуются «нормативным» и «подавляющим» профилями. Этот результат не соответствует полученным ранее данным и требует проверки в дальнейших исследованиях, однако он может быть вполне объясним, учитывая гетерогенность группы шизофрении в данном исследовании, включающей разные формы и типы течения (в том числе, простую форму). Пациенты с аддикциями почти в половине случаев характеризуются «нормативным» профилем. Заметим, что возможности психодиагностики аддикций при помощи ММРП действительно критиковались и ранее.

Стратегии ответов пациентов с разными латентными профилями: сравнение по шкалам валидности

С целью дальнейшего уточнения содержания латентных личностных профилей проводилось их сравнение по шкалам валидности, основным клиническим шкалам, а также содержательным и дополнительным шкалам. По результатам дис-

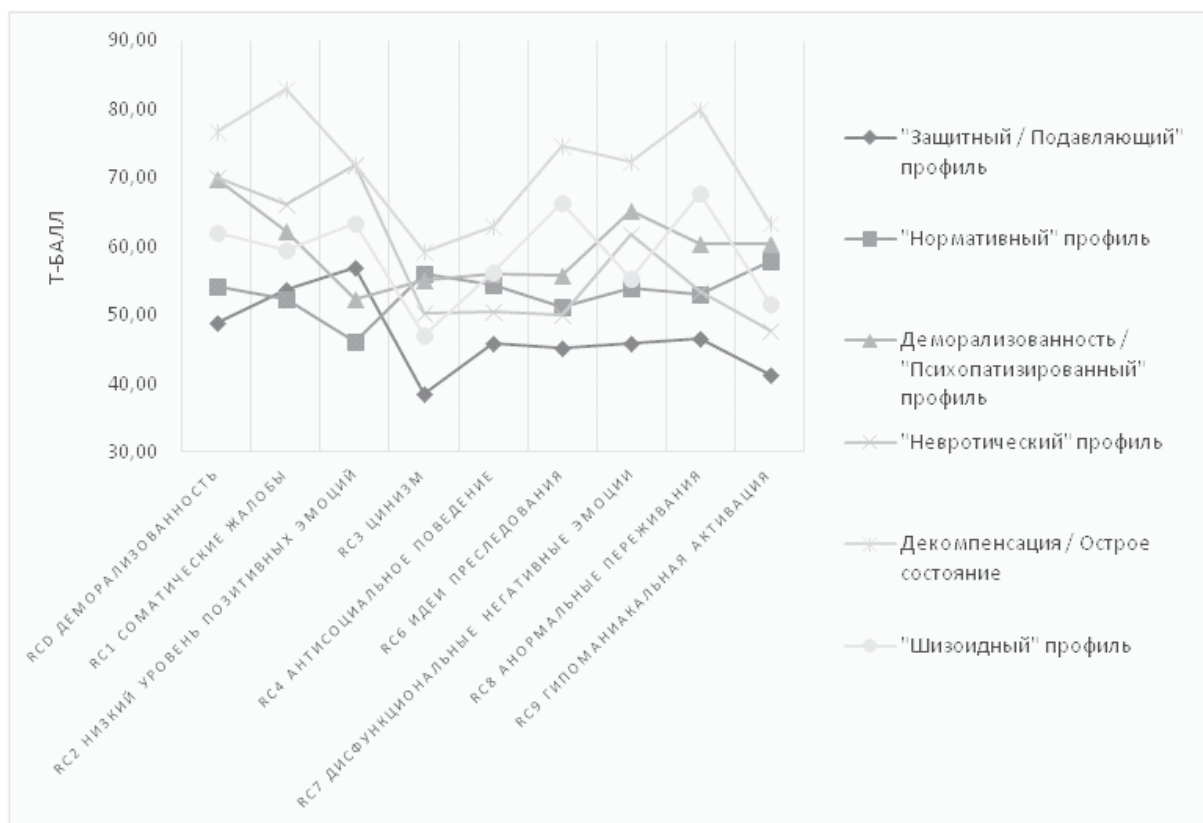


Рис.2. Латентные личностные профили по реструктурированным клиническим шкалам (приведен пример мужского профиля)

**Таблица 2. Частота различных латентных личностных профилей у пациентов с разными психическими заболеваниями**

Диагностические группы	Латентные личностные профили						Всего
	«Защитный / Подавляющий» профиль	«Нормативный» профиль	Деморализованность / «Психопатизированный» профиль	«Невротический» профиль	Декомпенсация / Острое состояние	«Шизоидный» профиль	
Аддикции	4 (16,7%)	11 (45,8%)	4 (16,7%)	5 (20,8%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	24 (100,0%)
Эмоционально-лабильные, шизоаффективные расстройства	3 (12,0%)	2 (8,0%)	4 (16,0%)	8 (32,0%)	3 (12,0%)	5 (20,0%)	25 (100,0%)
Шизофрения и другие психозы	22 (31,9%)	17 (24,6%)	7 (10,1%)	11 (15,9%)	4 (5,8%)	8 (11,6%)	69 (100,0%)
Депрессии	5 (12,5%)	3 (7,5%)	14 (35,0%)	14 (35,0%)	2 (5,0%)	2 (5,0%)	40 (100,0%)
Нарушения адаптации	26 (44,1%)	12 (20,3%)	7 (11,9%)	8 (13,6%)	4 (6,8%)	2 (3,4%)	59 (100,0%)
Шизотипическое расстройство	4 (19,0%)	0 (0,0%)	3 (14,3%)	12 (57,1%)	0 (0,0%)	2 (9,5%)	21 (100,0%)
<b>Всего</b>	<b>64 (26,9%)</b>	<b>45 (18,9%)</b>	<b>39 (16,4%)</b>	<b>58 (24,4%)</b>	<b>13 (5,5%)</b>	<b>19 (8,0%)</b>	<b>238 (100,0%)</b>

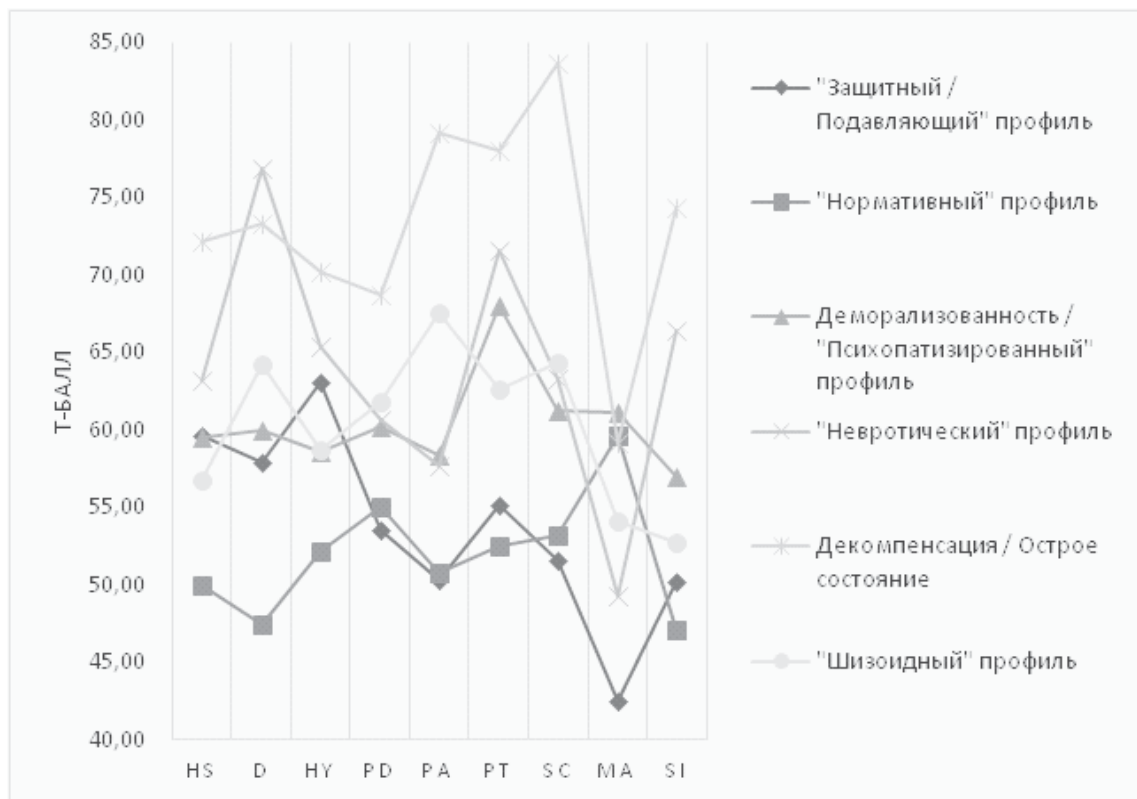


Рис.3. Средние показатели по базовым клиническим шкалам при разных латентных профилях у мужчин

персионного анализа различия между латентными профилями по всем шкалам валидности как у мужчин, так и у женщин достигают принятого уровня значимости с величиной статистического эффекта, варьирующей от средней до сильной ( $F=3,91-25,08$ ,  $p<0,05$ ,  $\eta^2=0,19-0,60$  у мужчин и  $F=2,81-30,95$ ,  $p<0,05$ ,  $\eta^2=0,12-0,59$  у женщин). Максимальные значения по шкалам редких ответов отмечаются для профиля, описывающего декомпенсацию и «шизоидного» профиля, причем редкие ответы проявляются у этих пациентов как в ответах на вторую половину методики, так и в признании редких для психопатологии симптомов ( $F_b$  и  $F_r$ , соответственно). Различия между этими двумя профилями в стратегии ответов заключаются в том, что для профиля декомпенсации характерны крайне низкие показатели по шкалам коррекции, лжи и самопрезентации, позволяющие подозревать, что самораскрытие у них доходит до самообвинения и, говоря метафорически, «обнаженности», а для «шизоидного» профиля типичны средние показатели по шкалам лжи и коррекции на фоне высоких показателей по шкале VRIN, то есть склонности к противоречивым ответам по случайному типу.

Стратегия ответов пациентов с «психопатизированным» и «невротическим» профилями схожа: как для мужчин, так и для женщин характерен высокий уровень редких ответов, позволяющий предполагать у них склонность к агравации,

однако ответы эти не столь ярко выражены и часто объясняются утомлением или раздражением ко второй части методики.

Наконец, средние показатели по шкалам редких ответов одинаково характерны для «нормативного» и «подавляющего» профилей, но в случае «подавляющего» профиля эти дополняются максимально высокими показателями по шкалам коррекции К и самопрезентации S.

#### Профили по основным клиническим шкалам

Как у мужчин, так и у женщин выявлены различия между латентными профилями по всем базовым клиническим шкалам, кроме шкалы феминности/маскулинности Mf ( $F=3,47-26,10$ ,  $p<0,01$ ,  $\eta^2=0,17-0,61$  у мужчин и  $F=4,50-23,62$ ,  $p<0,01$ ,  $\eta^2=0,18-0,60$  у женщин). Общий высокий уровень профиля декомпенсации и у мужчин, и у женщин отличается пиками по шестой, седьмой и восьмой шкалам (паранойя, психастения, шизофрения), характерных для тяжелой патологии (рис. 3), тогда как при «шизоидном» профиле обнаруживается V-образный паттерн с пиками по шкалам паранойи, шизофрении и девиантной психопатии. Напротив, при «невротическом» профиле отмечаются пики по шкалам невротической триады (особенно по шкале депрессии), дополняемые пиком по шкале психастении и социальной интроверсии. Профиль «деморализованности», в полном соответ-

ствии с представлениями создателей реструктурированных шкал ММРІ-2 (Tellegen et al., 2009), отличается относительно высоким уровнем в целом без явных пиков, хотя некоторое повышение приходится на шкалы психастении и шизофрении.

В отличие от этих профилей, «нормативный» и «подавляющий» профили практически не выходят за рамки нормативных показателей. Однако для «нормативного» профиля в клинике характерны пики по шкалам девиантной психопатии и гипомании, а для «подавляющего» — наоборот, «провал» по шкале гипомании при относительно высоких показателях по шкалам «невротической триады» — ипохондрии, депрессии и истерии.

#### Показатели по содержательным и дополнительным шкалам при разных личностных профилях

Большинство различий по содержательным и дополнительным шкалам ( $F=3,27-123,81$ ,  $p<0,01$ ,  $\eta^2=0,09-0,78$ ) сводится к уже описанным, кроме следующих.

Во-первых, для пациентов с «шизоидным» профилем характерны высокие показатели по шкалам страхов FRS, вычурного мышления BIZ и психотизма PSYC, лишь немногим уступающие средним показателям профиля декомпенсации. Во-вторых, по шкалам гнева ANG, цинизма CYN, антисоциальных действий ASP и поведения типа А показатели пациентов «нормативным» профилем превышают таковые у пациентов с «шизоидным» и «невротическим» профилями, уступая лишь профилям декомпенсации и деморализованности. Более того, по шкалам агрессивности AGGR и нарушения контроля поведения DISC «нормативный» профиль «опережает» все остальные, чего не отмечалось в контрольной группе.

В среднем, показатели по шкале аддиктивного потенциала APS у этих пациентов выше, чем у пациентов с «шизоидным», «невротическим» и «подавляющим» профилями, а по шкалам явного признания аддикции AAS и алкоголизма MACR — выше, по сравнению с «невротическим» и «подавляющим» профилями.

В-третьих, пациенты с «подавляющим» профилем характеризуются максимальными, в сравнении с другими группами показателями по шкале подавления R, шкалам силы Эго ES, доминантности Do, социальной ответственности Re и гиперконтролируемой враждебности OH.

#### Обсуждение результатов

Полученные результаты свидетельствуют в пользу выделения шести вариантов личностных профилей для оптимального описания пациентов психиатрических клиник. Три из них полностью соответствуют описанным в норме: «нормативный», «защитный / подавляющий профиль» и «психопатизированный» профиль.

В клинических условиях «подавляющий» профиль еще в большей степени, чем в норме, со-

пряжен со стремлением к успешной самопрезентации, высоким уровнем социальной ответственности и доминантности, отрицанием психологического неблагополучия и психопатологических симптомов на фоне склонности к подавлению, гиперконтролю враждебности, низкого уровня позитивных эмоций и дискомфорта в социальных отношениях. В клинических условиях профиль распространен у пациентов с нарушениями адаптации, но нередко отмечается при шизофрении, а также, в одном случае на пять-шесть пациентов — при других расстройствах.

«Нормативный» профиль, по-видимому, характерен для гетерогенной группы, включая лиц без выраженных акцентуаций, а также лиц с особенностями, по отношению к которым основные шкалы ММРІ недостаточно чувствительны. По сравнению с «нормативным» профилем в контрольной группе, в клинике он чаще сопряжен с агрессивностью, трудностями контроля импульсов и поведения по экстрапунитивному типу, а также может сочетаться со склонностью к аддикциям, что требует дополнительного анализ этих шкал ММРІ-2. Почти каждый второй пациент с аддикциями, а также каждый четвертый пациент с шизофренией и каждый пятый — с нарушениями адаптации — показали именно «нормативный» профиль.

«Психопатизированный» профиль (профиль деморализованности) практически идентичен профилю, встречающемуся в норме. Отмечается преимущественно при депрессиях (у каждого третьего пациента), но в одном случае из шестидесяти пациентов может наблюдаться при других расстройствах.

Четвертый клинический профиль соотносится к «невротическим» профилем в контрольной группе, но превышает его по среднему уровню. Как и в норме, для пациентов с «невротическим» профилем характерно отрицание признаков вычурного мышления и психотизма в сравнении с пациентами с другими личностными профилями, кроме «подавляющего», а также агрессии, враждебности, цинизма и антисоциального поведения. Отмечается более, чем в половине случаев шизотипического расстройства, а также у каждого третьего пациента с аффективными расстройствами.

Два дополнительных профиля следует считать специфическими для пациентов с психическими заболеваниями. Профиль декомпенсации преимущественно лежит в диапазоне 70-80 Т-баллов, характеризуется выраженными тенденциями в аггравации и пиками как по типично «психотическим», так и «невротическим» шкалам, но, по всей видимости, характеризует общее острое состояние с выраженными и разнообразными психопатологическими жалобами и крайним психологическим неблагополучием. Наконец, при «шизоидном» профиле тенденции к аггравации дополняются непоследовательностью в ответах и признаками вычурного мышления, психотическими симптомами, страхами. Встречается преимущественно у пациентов с шизофрени-

ей, эмоционально-лабильных и пациентов с шизоаффективным расстройством.

### Выводы

Анализ латентных профилей позволил выделить и содержательно описать шесть личностных профилей: «нормативный», «защитный / подавляющий», «невротический», «шизоидный», а также общие профили декомпенсации (характеризует общее острое состояние) и деморализованности (нарастание неспецифических психопатологиче-

ских жалоб). С теоретической точки зрения, результаты предлагают эмпирическое обоснование описанных ранее распространенных в клинике профилей и соотносятся с нормативными данными. Для практических целей профили позволяют уточнить набор содержательных и дополнительных шкал, которые необходимо анализировать в дальнейшем (например, показатели по шкалам агрессии и контроля поведения, а также склонности к аддикциям при «нормативном» профиле в клинике).

### Литература

1	Березин Ф. Б., Мирошников М. П., Соколова Е. Д. Методика многостороннего исследования личности (ММИЛ): структура, основы интерпретации, некоторые области применения. — М.: «Фолиум». — 1994. — 320с.	Berezin F. B., Miroshnikov M. P., Sokolova E. D. Multiphasic personality inventory (MMIL): structure, basic interpretations, some spheres of application. Moscow: «Folium»; 1994: 320. (In Rus.).
2	Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. — М.: Медпрактика — М. — 2004. — 492с.	Gurovich I.Ya., Shmukler A.B., Storozhakova Ya.A. Psychosocial therapy and psychosocial rehabilitation in psychiatry. Moscow: Medpraktika-M.; 2004:492. (In Rus.).
3	Кабанов М.М. Реабилитация психически больных. — Л.: Медицина. — 1985. — 216с.	Kabanov M.M. Rehabilitation of patients with mental illnesses. Leningrad: Meditsina; 1985:216. (In Rus.).
4	Перре М., Бауманн У. Клиническая психология. — СПб.: Питер. — 2012. — 944с.	Perre M., Baumann U. Clinical psychology. Sankt-Peterburg: Piter; 2012:944. (In Rus.).
5	Рассказова Е.И. Психодиагностика личностных профилей: результаты латентного анализа реструктурированных клинических шкал ММПИ-2 в норме // Вестник Московского университета. Серия 14. Психология. — 2017. — №4. — С.76-99.	Rasskazova E.I. Psychodiagnostic of personality profiles: results of latent analysis of restructured clinical scales of MMPI-2 in the normative sample. Vestnik Moskovskogo universiteta. Seriya 14. Psikhologiya. 2017; 4:76-99. (In Rus.).
6	Рассказова Е.И., Богомаз С.А., Дорфман Л.Я., Леонтьев Д.А., Нейскина Ю.Ю., Сулимина О.В., Четошников Е.В. Психометрические характеристики русскоязычной версии ММПИ-2 // Психологические исследования. — 2013. — Т.6, №29. — С.2.	Rasskazova E.I., Bogomaz S.A., Dorfman L.Ya., Leont'ev D.A., Neyaskina Yu.Yu., Sulimina O.V., Chetoshnikova E.V. Psychometric characteristics of the Russian version of MMPI-2. Psikhologicheskie issledovaniya. 2013; 6(29):2. (In Rus.).
7	Собчик Л. Н. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности СМПИЛ (ММПИ) Практическое руководство. — СПб.: Речь. — 2003. — 219с.	Sobchik L. N. Standardized multifactorial personality inventory SMIL (MMPI). Practical manual. Sankt-Peterburg: Rech'; 2003:219 (In Rus.).
8	Шмелев А.Г. Психодиагностика личностных черт. — СПб.: Речь. — 2002. — 480с.	Shmelev A.G. Psychodiagnostics of personality traits. Sankt-Peterburg: Rech'; 2002:480. (In Rus.).
9	Anderson, J.L., Sellbom, M., Ayearst, L., Quilty, L.C., Chmielewski, M., Bagby, M. Associations between DSM-5 Section III personality traits and the Minnesota Multiphasic Personality Inventory 2-Restructured Form (MMPI-2-RF) scales in a psychiatric patient sample // Psychological Assessment. — 2015. — Vol.27, N 3. — P.801– 815. DOI: 10.1037/pas0000096.	Anderson, J.L., Sellbom, M., Ayearst, L., Quilty, L.C., Chmielewski, M., Bagby, M. Associations between DSM-5 Section III personality traits and the Minnesota Multiphasic Personality Inventory 2-Restructured Form (MMPI-2-RF) scales in a psychiatric patient sample. Psychological Assessment. 2015; 27(3):801–815. DOI: 10.1037/pas0000096.
10	Archer, R.P., Griffin, R., Aiduk, R. MMPI-2 clinical correlates for ten common codes // Journal of Personality Assessment. — 1995. — Vol.65. — P.391-407. DOI: 10.1207/s15327752jpa6503_1	Archer, R.P., Griffin, R., Aiduk, R. MMPI-2 clinical correlates for ten common codes. Journal of Personality Assessment. 1995; 65:391-407. DOI: 10.1207/s15327752jpa6503_1



11	Butcher, J. N., Graham, J. R., Ben-Porath, Y. S., Tellegen, A., Dahlstrom, W. G., Kaemmer, B. <i>MMPI-2 (Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2): Manual for administration and scoring (2nd ed.)</i> . — Minneapolis, MN: University of Minnesota Press. — 2001. — 212с.	Butcher, J. N., Graham, J. R., Ben-Porath, Y. S., Tellegen, A., Dahlstrom, W. G., Kaemmer, B. <i>MMPI-2 (Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2): Manual for administration and scoring (2nd ed.)</i> . Minneapolis, MN: University of Minnesota Press; 2001:212.
12	Carter, J.E., Wilkinson, L. <i>A Latent Trait Analysis of the MMPI // Multivariate Behavioral Research</i> . — 1984. — Vol.19, N 4. — P.385-408. DOI: 10.1207/s15327906mbr1904_2	Carter, J.E., Wilkinson, L. <i>A Latent Trait Analysis of the MMPI. Multivariate Behavioral Research</i> . 1984; 19(4):385-408. DOI: 10.1207/s15327906mbr1904_2
13	Graham, J.R., Timbrook, R.E., Ben-Porath, Y.S., Butcher, J.N. <i>Code-type congruence between the MMPI and MMPI-2: separating fact from artifact // Journal of Personality Assessment</i> . — 1991. — Vol.57. — P.205-215. DOI: 10.1207/s15327752jpa5702_2	Graham, J.R., Timbrook, R.E., Ben-Porath, Y.S., Butcher, J.N. <i>Code-type congruence between the MMPI and MMPI-2: separating fact from artifact. Journal of Personality Assessment</i> . 1991; 57:205-215. DOI: 10.1207/s15327752jpa5702_2
14	Graham, J. R., Lowenfeld, B. H. <i>Personality dimensions of the pathological gambler // Journal of Gambling Behavior</i> . — 1986. — Vol.2. — P.58-66. DOI: 10.1007/bf01019935	Graham, J. R., Lowenfeld, B. H. <i>Personality dimensions of the pathological gambler. Journal of Gambling Behavior</i> . 1986; 2:58-66. DOI: 10.1007/bf01019935
15	Kim, S.-H., Kim, H.-K., Lee, N. <i>Psychological features of North Korean female refugees on the MMPI-2: Latent Profile Analysis // Psychological Assessment</i> . — 2013. — Vol.25. — N 4. — P.1091-1102. DOI: 10.1037/a0033097	Kim, S.-H., Kim, H.-K., Lee, N. <i>Psychological features of North Korean female refugees on the MMPI-2: Latent Profile Analysis. Psychological Assessment</i> . 2013; 25(4):1091-1102. DOI: 10.1037/a0033097
16	Megargee, E.I., Carbonell, J.L., Bohn, M. J., Sliger, G. L. <i>Classifying criminal offenders with the MMPI-2: The Megargee system</i> . — Minneapolis: University of Minnesota Press. — 2001. — 464p.	Megargee, E. I., Carbonell, J. L., Bohn, M. J., Sliger, G. L. <i>Classifying criminal offenders with the MMPI-2: The Megargee system</i> . Minneapolis: University of Minnesota Press; 2001: 464.
17	Millon, T. <i>Millon Clinical Multiaxial Inventory—III. Manual. Fourth Edition</i> . — NY: Pearson. — 2009. — 233p.	Millon, T. <i>Millon Clinical Multiaxial Inventory—III. Manual. Fourth Edition</i> . NY: Pearson; 2009:233.
18	Muthen, B.O. <i>Latent variable hybrids: Overview of old and new models. // Advances in latent variable mixture models / G. R. Hancock &amp; K. M. Samuelsen (Eds.)</i> . — Charlotte, NC: Information Age. — 2001. — P.1-24.	Muthen, B. O. <i>Latent variable hybrids: Overview of old and new models. In G. R. Hancock &amp; K. M. Samuelsen (Eds.). Advances in latent variable mixture models (pp. 1-24)</i> . Charlotte, NC: Information Age; 2001:1-24.
19	Sellbom, M.A. <i>Factor mixture model approach to elaborating on offender mental health classification with the MMPI-2-RF // Journal of Personality Assessment</i> . — 2014. — Vol.96, N 3. — P.293-305. DOI: 10.1080/00223891.2013.843538	Sellbom, M. <i>A Factor mixture model approach to elaborating on offender mental health classification with the MMPI-2-RF. Journal of Personality Assessment</i> . 2014; 96(3):293-305. DOI: 10.1080/00223891.2013.843538
20	Tellegen, A., Ben-Porath, Y.S., McNulty, J.L., Arbisi, P. A., Graham, J. R., Kaemmer, B. <i>The MMPI-2 Restructured Clinical scales: Development, validation, and interpretation</i> . — Minneapolis: University of Minnesota Press. — 2008. — 116p.	Tellegen, A., Ben-Porath, Y. S., McNulty, J. L., Arbisi, P. A., Graham, J. R., Kaemmer, B. <i>The MMPI-2 Restructured Clinical scales: Development, validation, and interpretation</i> . Minneapolis: University of Minnesota Press; 2008:116.

## Сведения об авторе

Рассказова Елена Игоревна — к. психол. н., доцент, доцент кафедры нейро- и патопсихологии факультета психологии Московского государственного университета имени М.В. Ломоносова, старший научный сотрудник отдела медицинской психологии Научного центра психического здоровья. E-mail: e.i.rasskazova@gmail.com