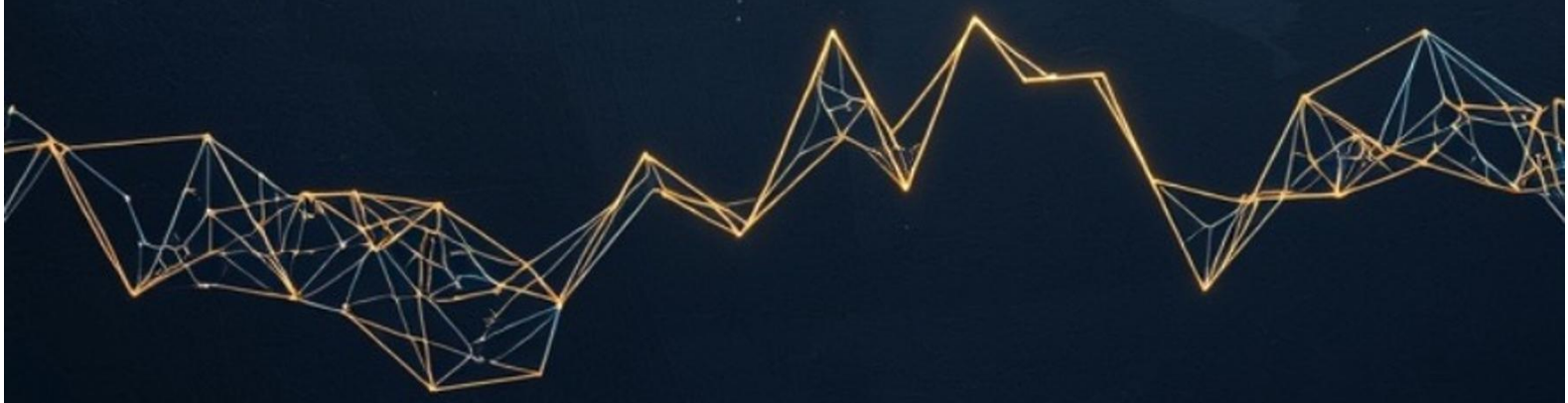
Максим Величко



MMPI-2: ОТ ОЦЕНКИ ЛИЧНОСТИ К ЦЕЛЯМ ПСИХОТЕРАПИИ

18+

Максим Величко

MMPI-2: ОТ ОЦЕНКИ ЛИЧНОСТИ К ЦЕЛЯМ ПСИХОТЕРАПИИ

«Автор»
2026

Величко М.

ММРІ-2: ОТ ОЦЕНКИ ЛИЧНОСТИ К ЦЕЛЯМ ПСИХОТЕРАПИИ / М. Величко — «Автор», 2026

Миннесотский многоаспектный личностный опросник (ММРІ-2) остается «золотым стандартом» объективной клинической психодиагностики, однако на практике специалисты нередко сталкиваются с «плавающими» профилями, скрытой диссимуляцией на комиссиях или формальными компьютерными распечатками, которые невозможно применить в реальной терапии.Эта книга — прикладное пошаговое руководство для тех, кто хочет научиться читать профиль ММРІ-2 как живую клинико-психологическую карту личности. Автор — врач-психиатр, психотерапевт, нарколог и клинический психолог с более чем 20-летним опытом практической и экспертной работы — объединил классическую школу анализа код-тайпов с современным психометрическим аппаратом ММРІ-2.

© Величко М., 2026
© Автор, 2026

Содержание

Об авторе 6
ВВЕДЕНИЕ. ОТ ММРІ-1 К ММРІ-2: ЭВОЛЮЦИЯ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОДИАГНОСТИКИ 9
Методологические принципы работы с профилем ММРІ-2 10
РАЗДЕЛ 1. АЛГОРИТМ ПОДГОТОВКИ КЛИНИКО-ПСИХОДИАГНОСТИЧЕСКОГО ЗАКЛЮЧЕНИЯ 11
Шаг 1. Оценка условий обследования и первичный анализ ситуации 12
Шаг 2. Определение тестовой установки по контрольным шкалам 13
Шаг 3. Оценка факторов второго порядка: фактор тревоги Уэлша (A), фактор (R) и фактор (B) 14
Шаг 4. Оценка общей высоты профиля 15
Шаг 5. Оценка наклона профиля 16
Шаг 6. Анализ фазных характеристик профиля (пиков и «провалов») 17
Шаг 7. Выделение значимых индивидуально-личностных особенностей 18
Шаг 8. Определение актуальных психологических проблем 19
Шаг 9. Диагностика внутриличностных конфликтов (цели психотерапии) 20
Шаг 10. Формулировка клинико-психологического (патопсихологического) заключения 21
Шаг 11. Соотнесение с клинико-анамнестическими данными (работа в команде с врачом) 22
Шаг 12. Рекомендации по ведению, коммуникации и психокоррекции 23
Конец ознакомительного фрагмента. 24

MMPI-2: ОТ ОЦЕНКИ ЛИЧНОСТИ К ЦЕЛЯМ ПСИХОТЕРАПИИ

М. А. Величко

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ИНТЕРПРЕТАЦИЯ ПРОФИЛЯ MMPI-2: ОТ ОЦЕНКИ ЛИЧНОСТИ К ЦЕЛЯМ ПСИХОТЕРАПИИ

Методическое пособие

Минск — 2026

УДК 159.9.072:616.89(075.8)
ББК 88.4я73
В 27
Величко, М. А.
В 27 Клинико-психологическая интерпретация профиля MMPI-2: от оценки личности к целям психотерапии: методическое пособие / М. А. Величко ; Центр клинической психологии «Hypno Quest». — Минск : ООО «Гипно Квест» ; М. : Литрес: Самиздат, 2026. — [73] с.

Аннотация

В методическом пособии изложен системный клинико-психологический подход к анализу и интерпретации Миннесотского многоаспектного личностного опросника (MMPI-2) в клинической, психотерапевтической, наркологической и экспертной практике. Представлен пошаговый 12-этапный алгоритм подготовки патопсихологического заключения — от оценки условий обследования и валидности протокола до выявления внутриличностных конфликтов и определения целей психокоррекции.

Подробно рассмотрена современная система индексов достоверности (VRIN, TRIN, L, F, Fb, Fp, FBS, K, S), позволяющая дифференцировать диссимуляцию, рентную аггравацию и симуляцию психопатологии. Раскрыта клиническая и психологическая реальность десяти базисных шкал (1–0), систематизирована матрица двух- и трехпиковых сочетаний (код-тайпов) с учетом критерия четкости профиля, описаны маркеры аддиктивного поведения и алгоритм оценки суицидального риска. Особое внимание уделено верификации классического профиля через реструктурированные клинические шкалы (RCd, RC1–RC9) и шкалы психопатологии личности (PSY-5). Издание дополнено разбором клинических случаев из практики и образцами оформления заключений.

Пособие предназначено для клинических (медицинских) психологов, врачей-психиатров, психотерапевтов, психиатров-наркологов, специалистов судебно-психиатрической и медико-социальной экспертизы, а также слушателей курсов повышения квалификации и студентов старших курсов медицинских и психологических факультетов.

© Величко М. А., 2026
© Оформление. Величко М. А., 2026

Об авторе

Величко Максим Анатольевич — врач-психиатр, психотерапевт, нарколог, клинический психолог, основатель и руководитель Центра клинической психологии «Hypno Quest» (Беларусь, Минск).

Окончил медико-психологический факультет Гродненского государственного медицинского университета (ГрГМУ), имеет более 20 лет практического клинического и экспертного стажа (включая работу в научно-практическом центре психологического здоровья и руководство отделением в городском клиническом центре психиатрии и наркологии). Участвовал в исследовательской работе по адаптации опросника MMPI-2. Специализируется на клинической психодиагностике, терапии тревожно-депрессивных и психосоматических расстройств, аддикций и деконструкции психологических защит. Автор книги «Ловушки подсознания. Как приручить Тень и взломать код своих психологических защит» (2026).

Официальный сайт центра: hypnotherapy.by

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ. ОТ MMPI-1 К MMPI-2: ЭВОЛЮЦИЯ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОДИАГНОСТИКИ

История развития методики и особенности современной русскоязычной рестандартизации MMPI-2.

Психометрические стандарты подсчета: унифицированные (Uniform T-scores) и линейные (Linear T-scores) Т-баллы.

Методологические принципы работы с профилем: системность гипотез, разграничение компетенций психолога и врача-психиатра, доступность языка заключения, оценка обратимости и конституциональности радикалов.

РАЗДЕЛ 1. АЛГОРИТМ ПОДГОТОВКИ КЛИНИКО-ПСИХОДИАГНОСТИЧЕСКОГО ЗАКЛЮЧЕНИЯ (12 ШАГОВ)

Шаг 1. Оценка условий обследования и первичный анализ ситуации.

Шаг 2. Определение тестовой установки по контрольным шкалам.

Шаг 3. Оценка факторов второго порядка: фактор тревоги Уэлша (A) и фактор вытеснения (R).

Шаг 4. Оценка общей высоты профиля (типы конфигураций).

Шаг 5. Оценка наклона профиля (невротический, поведенческий и психотический регистры).

Шаг 6. Анализ фазных характеристик профиля (пиков и «провалов»).

Шаг 7. Выделение значимых индивидуально-личностных особенностей.

Шаг 8. Определение актуальных психологических проблем.

Шаг 9. Диагностика внутриличностных конфликтов (мишени психотерапии).

Шаг 10. Формулировка клинико-психологического (патопсихологического) заключения.

Шаг 11. Соотнесение с клинико-анамнестическими данными (работа в команде с врачом).

Шаг 12. Рекомендации по ведению, коммуникации и психокоррекции.

РАЗДЕЛ 2.СИСТЕМА ШКАЛ ДОСТОВЕРНОСТИ И ЭКСПЕРТНАЯ ОЦЕНКА УСТАНОВКИ В MMPI-2

Показатель пропусков (?) и индексы непоследовательности ответов (VRIN, TRIN).

Базисные контрольные шкалы (L, F, K), правила К-коррекции и индекс Уэлша (F – K).

Специализированные экспертные шкалы MMPI-2: валидность второй половины теста (Fb), симуляция психопатологии (Fp), шкала валидности симптомов (FBS) и шкала суперлативности (S).

Типовые графические паттерны шкал достоверности (L, F, K).

РАЗДЕЛ 3. КЛИНИЧЕСКАЯ И ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАЛЬНОСТЬ БАЗИСНЫХ ШКАЛ (1–0)

1-я шкала — Ипохондрии / Невротического сверхконтроля (1 — Hs).

2-я шкала — Депрессии / Пессимистичности (2 — D).

3-я шкала — Конверсионной истерии / Эмоциональной лабильности (3 — Hy).

4-я шкала — Асоциальной психопатии / Импульсивности (4 — Pd).

5-я шкала — Маскулинности — Феминности (5 — Mf).

6-я шкала — Паранойи / Ригидности (6 — Pa).

7-я шкала — Психастении / Тревожности (7 — Pt).

8-я шкала — Шизоидности / Индивидуалистичности (8 — Sc).

9-я шкала — Гипоманиакальности / Оптимизма и активности (9 — Ma).

0-я шкала — Социальной интроверсии (0 — Si).

РАЗДЕЛ 4.СИСТЕМА ДВУХ- И ТРЕХПИКОВЫХ СОЧЕТАНИЙ (КОД-ТАЙПЫ) И ОЦЕНКА СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА

Методологическое правило MMPI-2 при работе с код-тайпами (критерий четкости 5 Т-баллов).

Структурно-функциональная матрица противопоставления шкал (ось самооценки и межличностной дистанции; четыре клинико-психологических девиза).

Систематизированный каталог парных сочетаний шкал по клиническим регистрам (Группы А–Д).

Алгоритм оценки суицидального риска по профилю MMPI-2 (2–4–9, 2–7–8, 4–6–8, шкала DEP4 и критические пункты).

РАЗДЕЛ 5.ПСИХОДИАГНОСТИКА АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ В MMPI-2: ОТ ХИМИЧЕСКИХ ЗАВИСИМОСТЕЙ ДО ЛУДОМАНИИ

Эволюция наркологических шкал: почему MMPI-1 уступал MMPI-2.

Аддиктивная триада MMPI-2 (MAC-R, AAS, APS).

Дифференциально-диагностическая матрица в практике врача-нарколога (первичная и вторичная зависимость, оценка анозогнозии и экспертной диссимуляции).

Особенности профиля MMPI-2 при нехимических зависимостях (патологический гемблинг / лудомания).

РАЗДЕЛ 6. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ШКАЛЫ, РЕСТРУКТУРИРОВАННЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ШКАЛЫ (RC) И ШКАЛЫ ПСИХОПАТОЛОГИИ ЛИЧНОСТИ (PSY-5) В СТРУКТУРЕ MMPI-2

Архитектура дополнительных шкал и субшкал в MMPI-2 (подшкалы Харриса — Лингоуза, 15 шкал содержания ANX–TRT, специализированные шкалы Es, O-H, PK, PS).

Принцип «очистки» профиля: выделение фактора деморализации (RCd) и шкалы RC1–RC9.

Алгоритм сверки базисных шкал (1–9) со шкалами RC на практике.

Шкалы психопатологии личности PSY-5 (AGGR, PSYC, DISC, NEGE, INTR).

Сводная схема интеграции всех уровней MMPI-2 в заключении.

РАЗДЕЛ 7. ПРАКТИКУМ: ПРИМЕРЫ РАЗБОРА ПРОФИЛЕЙ MMPI-2 И ГОТОВЫХ КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ЗАКЛЮЧЕНИЙ

ПРИЛОЖЕНИЕ 1. СТИМУЛЬНЫЙ МАТЕРИАЛ И ПРОЦЕДУРА ПРЕДЪЯВЛЕНИЯ MMPI-2

Стандартная инструкция для обследуемого и требования к стимульному материалу.

ПРИЛОЖЕНИЕ 2. АЛГОРИТМ ПОДСЧЕТА СЫРЫХ БАЛЛОВ, ТАБЛИЦА К-КОРРЕКЦИИ И ПРАВИЛА ПОСТРОЕНИЯ ПРОФИЛЯ

Этапы обсчета, таблица поправок К-коррекции, правила перевода в линейные и унифицированные Т-баллы, символы записи кода по Уэлшу.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

ВВЕДЕНИЕ. ОТ MMPI-1 К MMPI-2: ЭВОЛЮЦИЯ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОДИАГНОСТИКИ

Миннесотский многоаспектный личностный опросник (MMPI) на протяжении более чем восьми десятилетий остается «золотым стандартом» объективной клинической психодиагностики. Созданный в 1940-х годах С. Хэтэуэем и Дж. Маккинли на основе строгого эмпирического критериально-ключевого подхода, этот инструмент совершил революцию в психиатрии и медицинской психологии: впервые оценка личности и психопатологических тенденций перестала зависеть исключительно от субъективного впечатления клинициста и получила надежную статистическую опору.

Однако развитие психометрики и изменение социокультурных норм потребовали глубокого пересмотра исходной методики. Оригинальный MMPI-1 опирался на нормативную выборку жителей штата Миннесота 1930–1940-х годов и жесткую нозологическую схему Э. Крепелина. В 1989 году свет увидел MMPI-2 — рестандартизированная, обновленная и методологически расширенная версия опросника (567 утверждений). В отечественной традиции классический вариант методики получил фундаментальное развитие в работах Ф. Б. Березина (ММИЛ) и Л. Н. Собчик (СМИЛ), а в последние годы была завершена официальная психометрическая адаптация и рестандартизация современной версии MMPI-2 на русскоязычной популяции (под ред. Е. И. Рассказовой и Д. А. Леонтьева).

Переход от классического MMPI-1 к современному MMPI-2 дал практикующему специалисту три принципиальных преимущества:

Расширенная система оценки достоверности. К традиционным шкалам L, F и K добавились высокоточные индексы непоследовательности ответов (VRIN, TRIN), индикаторы аггравации во второй половине теста (Fb), шкалы выявления симуляции тяжелой психопатологии (Fp) и рентных установок при соматических и когнитивных жалобах (FBS, RBS), а также шкала суперлативности (S).

Интеграция реструктурированных клинических шкал (RCd, RC1–RC9) и шкал психопатологии личности (PSY-5). Это позволило выделить общий фактор эмоционального дистресса («деморализации») и очистить базисные клинические радикалы от взаимного статистического пересечения.

Актуальность нормативной базы и переход к унифицированным Т-баллам (Uniform T-scores). Из теста были исключены архаичные и стигматизирующие пункты, а шкалы разделены на два психометрических стандарта подсчета:

- Унифицированные Т-баллы (Uniform T-scores) применяются для восьми базисных клинических шкал (1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9), всех реструктурированных шкал (RCd, RC1–RC9), шкал содержания и шкал психопатологии личности (PSY-5). В классическом MMPI-1 из-за различной асимметрии распределений сырых баллов одинаковые значения (например, 70 Т) на разных шкалах соответствовали разным процентилям популяции. Нелинейное унифицированное преобразование привело эти шкалы к единой эталонной кривой: теперь клинический порог 65 Т на любой из указанных шкал строго соответствует 92-му процентилю нормативной выборки, а 75 Т — 99-му процентилю, что делает сравнение пиков профиля математически корректным.

- Линейные Т-баллы (Linear T-scores) сохранены для шкал достоверности (L, F, Fb, Fp, FBS, K, S, VRIN, TRIN) и биполярных характерологических шкал 5 (Mf) и 0 (Si), распределение которых близко к симметричному нормальному закону и интерпретируется в обе стороны (как вверх, так и вниз).

Методологические принципы работы с профилем MMPI-2

Несмотря на математическую строгость методики, главное правило профессиональной психодиагностики остается неизменным: тест не ставит диагноз, диагноз ставит клиницист. Количественный профиль MMPI-2 представляет собой не приговор и не механический ярлык, а систему обоснованных клинико-психологических гипотез.

При работе с методикой специалист обязан соблюдать четыре базовых принципа:

Принцип целостности и контекстуальности. Одинаковые конфигурации пиков профиля могут встречаться как у пациентов с развернутой клинической картиной, так и у психически здоровых лиц в ситуации острого стресса или при акцентуации характера. Нельзя сопоставлять абсолютную высоту подъема отдельной шкалы с тяжестью расстройства в отрыве от шкал достоверности, наклона профиля, анамнеза, уровня интеллекта и актуальной жизненной ситуации обследуемого.

Принцип разграничения компетенций. В современной клинической практике необходимо четко разделять клинико-психологическое (патопсихологическое) заключение и официальный нозологический диагноз (по МКБ-10 / МКБ-11). Клинический психолог описывает структуру личности, ведущие тенденции, механизмы психологической защиты, тип реагирования на стресс, сохранность критичности и внутриличностные конфликты. Постановка психиатрического или наркологического диагноза и назначение фармакотерапии относятся исключительно к компетенции врача-психиатра.

Принцип доступности языка заключения. Психологическое заключение готовится не для демонстрации академической эрудиции диагноста, а для практического использования смежными специалистами (лечащим врачом, экспертной комиссией, судом) или самим клиентом. Любой профессиональный термин («аггравация», «конверсионный механизм», «ригидность аффекта», «диссимуляция») при введении в текст должен быть раскрыт через конкретные поведенческие и эмоциональные проявления.

Принцип оценки обратимости и конституциональности. Составляя рекомендации по ведению пациента или планируя психотерапевтическую стратегию, специалист должен четко разграничивать конституционально заданный, ядерный радикал личности (который практически не поддается радикальной переделке) и вторичные невротические наслоения, уровень дезадаптации и способы совладания, которые являются прямыми мишенями коррекции.

○ Так, невозможно превратить человека с выраженным паранойяльным радикалом в наивно доверчивого экстраверта, но можно научить его критически проверять свои гипотезы и не транслировать подозрительность в разрушительное для себя поведение.

○ Невозможно полностью убрать базовую тревожную мнительность психастеника, но можно снизить уровень навязчивого сверхконтроля и помочь ему быстрее принимать решения.

○ Невозможно полностью лишить ипохондрическую личность повышенного внимания к телесным сигналам, но можно уменьшить соматоцентрированность, переключить фокус на эмоциональные конфликты и сформировать терапевтический альянс.

У каждого индивидуально-типологического стиля есть свой предел психокоррекции — точка равновесия, в которой личностные особенности перестают разрушать социальную адаптацию человека и начинают работать как его ресурс. Помочь врачу и пациенту найти эту точку — главная задача клинико-психологической интерпретации MMPI-2.

РАЗДЕЛ 1. АЛГОРИТМ ПОДГОТОВКИ КЛИНИКО-ПСИХОДИАГНОСТИЧЕСКОГО ЗАКЛЮЧЕНИЯ

Профессиональная интерпретация профиля MMPI-2 не может строиться на хаотичном выхватывании отдельных высоких пиков. Чтобы избежать диагностических ошибок и не упустить скрытые тенденции, клиницист должен придерживаться строгого пошагового алгоритма — от оценки условий тестирования и достоверности протокола к выявлению внутриличностных конфликтов, формулировке клинико-психологического заключения и выработке практических рекомендаций.

Шаг 1. Оценка условий обследования и первичный анализ ситуации

Прежде чем взглянуть на график профиля, специалист оценивает контекст проведения методики:

Понимание инструкции и сохранность когнитивных функций: достаточен ли уровень вербального интеллекта и владения языком у обследуемого, не находился ли он в состоянии выраженной астении, интоксикации или острого психотического расстройства, нарушающего критичность.

Аккуратность заполнения регистрационного бланка (в бланковом варианте) или адекватность темпа работы за компьютером (слишком быстрое «прокликивание» 567 утверждений менее чем за 25–30 минут с высокой вероятностью указывает на случайное заполнение).

Наличие нетестовых (ситуативных) целей: находится ли человек в ситуации добровольного обращения за помощью (ожидается установка на откровенность или легкую аггравацию с целью получить поддержку) либо в ситуации принудительной экспертизы, профотбора, наркологического учета или судебного разбирательства (ожидается диссимуляция либо, напротив, рентная аггравация).

Шаг 2. Определение тестовой установки по контрольным шкалам

Анализ профиля всегда начинается с левой его части — блока шкал достоверности, который отвечает на вопрос: «Насколько можно доверять полученным цифрам и какова была установка испытуемого?»

Проверка на непоследовательность и небрежность: оценивается количество пропущенных ответов (? / CNS) и индексы VRIN и TRIN. Если испытуемый отвечал наугад или нажимал только «Верно» / только «Неверно», дальнейшая содержательная интерпретация профиля прекращается — протокол бракуется.

Проверка на аггравацию (преувеличение проблем): анализируются шкалы F (общая валидность), Fb (валидность второй половины теста), Fp (симуляция тяжелой психопатологии), FBS (рентная установка в отношении здоровья) и индекс Уэлша (F – K).

Проверка на диссимуляцию (приукрашивание и закрытость): анализируются шкалы L (наивная социальная желательность), K (интеллектуально опосредованная защита и вытеснение) и S (суперлативность).

(Подробные пороговые значения и правила дифференциации установок по каждой шкале приведены в Разделе 2).

Шаг 3. Оценка факторов второго порядка: фактор тревоги Уэлша (A), фактор (R) и фактор (B)

Дополнительные факторы второго порядка позволяют сразу увидеть глобальный баланс между эмоциональной дезадаптацией и защитным контролем:

Фактор тревоги Уэлша (A): отражает общий уровень осознаваемого эмоционального дискомфорта, напряженности и растерянности. В профиле это проявляется сочетанием низкой шкалы K и высокой 7-й шкалы (Pt) — картина «наводнения» личности проблемами, когда собственных ресурсов для совладания с тревогой уже не хватает.

Фактор вытеснения (R): отражает склонность к подавлению, отрицанию и рационализации импульсов, пассивность и избегание конфликтов. В профиле это проявляется подъемом невротической триады (1, 2, 3 шкалы) при выраженном снижении 9-й шкалы (Ma) — личность блокирует активное отреагирование и не способна конструктивно переработать внутреннее напряжение.

Фактор B (B = (T7 + T8) – (T1 + T2)): дополнительный расчетный экспресс-индекс сдвига профиля из невротического регистра в когнитивно-дезинтегративный (психотический):

Менее –30: выраженное преобладание невротико-соматической переработки над когнитивными искажениями;

От –10 до +6: сбалансированное, нейтральное соотношение регистров;

От +7 до +25: нарастание когнитивно-аффективной дезинтеграции и предпсихотической напряженности;

Выше +25: высокий риск острого психотического состояния (требует обязательной проверки через шкалы F, Fp и RC8).

Шаг 4. Оценка общей высоты профиля

Общий уровень расположения кривой относительно «коридора нормы» (30–70 Т-баллов) отражает степень напряжения адаптационных ресурсов личности:

«Низкий» («утопленный») профиль: большинство шкал расположено ниже 45–50 Т. Обычно является следствием жесткой защитной установки и диссимуляции (сопровождается высокими L, K, S). Интерпретировать низкие пики как отсутствие проблем в этом случае нельзя.

Линейный (нормативный) профиль: разброс показателей в узких пределах 45–55 Т при нормальных шкалах достоверности. Характерен для гармоничной, конкордантной нормы с высокой степенью сбалансированности черт.

Квазинормативный (характерологический) профиль: пики не превышают 65–66 Т, колеблясь в пределах 56–66 Т. Отражает ведущие индивидуально-типологические тенденции, формирующие рисунок характера в рамках психологической нормы.

Пограничный (акцентуированный) профиль: отдельные базисные шкалы достигают 67–74 Т. Выявляет заостренные (акцентуированные) черты характера, которые в обычных условиях позволяют человеку успешно реализовываться, но в стрессовых ситуациях временно затрудняют социально-психологическую адаптацию.

Высокодиапазонный профиль: общий фон профиля держится около 65–70 Т, а отдельные пики достигают 80–85 Т и выше. Указывает на выраженную дезадаптацию, декомпенсацию или клиническое расстройство; конфигурация пиков показывает русло, в котором работают механизмы совладания.

«Плавающий» профиль: большинство шкал (кроме 5-й) находятся выше 70 Т, шкалы 1, 2, 3, 7, 8 превышают 70 Т, отдельные пики уходят за 85 Т при повышенной F (65–90 Т). Свидетельствует о состоянии острого тотального дистресса, паники или дебюте серьезного психического расстройства, когда задействованы все защитные механизмы сразу.

«Выпуклый» профиль: подъем в центральной части (3, 4, 5, 6 шкалы) с пологим спуском по краям — наиболее благоприятная конфигурация для четкого выделения ведущих характерологических радикалов.

Шаг 5. Оценка наклона профиля

Наклон линии профиля показывает, в каком регистре (невротическом, поведенческом или психотическом) преимущественно реагирует личность:

Левый (невротический) наклон: преобладание шкал невротической триады (1, 2, 3). Для оценки вычисляется среднее арифметическое (T1 + T2 + T3) / 3. Если левая часть выше правой, у обследуемого преобладают социально приемлемые, невротические механизмы защиты (соматизация, вытеснение, депрессивная переработка). Критичность и связь с реальностью полностью сохранны, с таким пациентом легко установить терапевтический альянс.

Центральная ось (психопатическая / поведенческая): доминирование 4-й шкалы (Pd) — тенденция к отреагированию напряжения вовне, через импульсивные поступки и конфликт с социальными нормами.

Правый (психотический / эндогенный) наклон: преобладание шкал 6, 7, 8, 9, среднее арифметическое (T6 + T7 + T8 + T9) / 4. Значительное превышение правой части над левой свидетельствует о глубоком нарушении базовых отношений с миром, хроническом эмоциональном неблагополучии, искажении восприятия реальности и снижении адаптационных способностей. Установление доверительного контакта с такими пациентами затруднено, так как они живут в собственной субъективной системе координат.

Типовые конфигурации наклона:

Астенический (гипостенический) профиль: ведущие пики по 2 и 7 шкалам при снижении 9-й (при запредельных значениях — депрессивный синдром с выраженной тревогой и аутоагрессивными тенденциями).

Стенический (гиперстенический) профиль: ведущие пики по 4, 6 и 9 шкалам при снижении 2-й и 7-й (активная экспансия, конфликтность, склонность к маниакальным или паранойяльным реакциям).

Шаг 6. Анализ фазных характеристик профиля (пиков и «провалов»)

На этом этапе выделяются пики профиля (шкалы, возвышающиеся над соседними и превышающие уровень 65 Т) и отрицательные пики («провалы» ниже 40–45 Т), а также оцениваются двузначные и трехзначные коды ведущих шкал (код-тайпы).

Важно учитывать функциональное пространство профиля:

Полюс социальной зависимости и самоосуждения (2, 7, 3, 1 шкалы): ориентация на поддержку извне, потребность в опеке, тревожность, витальная тоска или «бегство в болезнь».

Полюс социальной враждебности и эгоцентризма (9, 4, 6, 8 шкалы): самовозвеличение, стремление к доминированию, недоверие к миру, отказ от эмоциональной привязанности или уход во внутреннюю реальность.

(Детальная матрица парных сочетаний шкал приведена в Разделе 4).

Шаг 7. Выделение значимых индивидуально-личностных особенностей

На основе ведущих и второстепенных фазных характеристик описывается целостный портрет личности:

Ведущие черты характера и тип темперамента (стеничность / гипостеничность, ригидность / лабильность, экстраверсия / интроверсия).

Стиль межличностного общения и характерный способ реагирования на фрустрацию.

Сохранность самоконтроля: наличие компенсирующих (антиполярных) шкал в профиле (например, сочетание высокой импульсивности 4 с высоким самоконтролем 7 или 1, которое удерживает человека от асоциальных поступков).

Сверка выводов с реструктурированными шкалами (RCd, RC1–RC9), чтобы отделить реальный личностный радикал от общего фона эмоционального дистресса.

Шаг 8. Определение актуальных психологических проблем

Формулируются конкретные зоны фрустрации и дезадаптации, с которыми сталкивается человек в текущей жизненной ситуации:

1. Проблема принятия или страх отвержения;
2. Конфликт между потребностью в зависимости/опеке и стремлением к автономии;
3. Дефицит контроля над импульсами и аффектом (вспышки гнева, аутоагрессия);
4. Хроническая соматизация эмоционального напряжения;
5. Трудности принятия решений и изматывающая гиперрефлексия.

Шаг 9. Диагностика внутриличностных конфликтов (цели психотерапии)

Особую практическую ценность представляет выявление в профиле одновременных подъемов антагонистических шкал. Внутреннее противоречие между двумя разнонаправленными тенденциями порождает хроническое напряжение и является прямой мишенью для психотерапевтической работы:

Сочетание 2 и 4 шкал: с одной стороны — подавление агрессии, потребность в принятии, стремление к теплым и доверительным отношениям (2); с другой — негативизм, оппозиционность, импульсивность и неспособность удерживать привязанность (4). Внутриличностный конфликт «приятие — отвержение», часто приводящий к аутоагрессии и аддикциям.

Сочетание 2 и 6 шкал: конфликт между самообвинением, подавлением агрессивных импульсов (2) и застойным враждебным аффектом, обидчивостью и внешним обвинением (6).

Сочетание 2 и 8 шкал: острая потребность в эмоциональном принятии и понимании (2) при одновременной аутизации, страхе близости и неспособности выстроить эмоциональный контакт (8).

Сочетание 3 и 6 шкал: демонстративное стремление нравиться, декларируемое доверие к миру и желание «чтобы все было хорошо» (3) при скрытой подозрительности, жесткости и склонности обвинять окружающих (6).

Шаг 10. Формулировка клинико-психологического (патопсихологического) заключения

На этом этапе синтезируются все полученные данные и формулируется ведущий клинико-психологический тип личности и актуального состояния (не подменяя собой нозологический психиатрический диагноз):

Пример при коде 4-6-2: «Акцентуация личности по импульсивно-паранойяльному типу с выраженными депрессивными и дисфорическими проявлениями, снижением толерантности к фрустрации».

Пример при коде 2-4-6: «Депрессивно-амбивалентный тип реагирования с паранойяльными тенденциями и выраженным внутриличностным конфликтом между потребностью в поддержке и недоверием к окружающим».

Пример при коде 8-7-2:«Шизоидно-психастенический склад личности с явлениями эмоциональной аутизации, тревожно-мнительного сверхконтроля и выраженной социальной дезадаптацией».

Шаг 11. Соотнесение с клинико-анамнестическими данными (работа в команде с врачом)

Данные MMPI-2 интегрируются в общую клиническую картину (жалобы, анамнез жизни и заболевания, объективный психический статус, результаты других патопсихологических проб). Полученный профиль помогает лечащему врачу-психиатру или наркологу уточнить нозологическую принадлежность расстройства, оценить глубину дезадаптации, риск суицидального или аддиктивного срыва, а также спрогнозировать комплаенс (приверженность пациента лечению).

Шаг 12. Рекомендации по ведению, коммуникации и психокоррекции

Заключительный раздел включает конкретные прикладные рекомендации, опирающиеся на принцип разграничения конституциональных (необратимых) и корректируемых свойств:

Тактика первичного контакта: через какой канал строить альянс (например, «поглаживание по соматике» и признание реальности страданий при высокой 1-й шкале; уважение автономии и границ при высокой 8-й шкале; рациональная аргументация без давления при высокой 6-й шкале).

Психотерапевтические цели: работа с конкретными внутриличностными конфликтами, снижение уровня тревоги, обучение навыкам эмоциональной саморегуляции.

Экспертные и социальные рекомендации: необходимость динамического наблюдения, дополнительного патопсихологического или нейропсихологического обследования, оценки профпригодности.

Оформление документа: дата обследования, подпись, фамилия, имя, отчество и должность специалиста.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «Литрес».

Прочитайте эту книгу целиком, купив полную легальную версию на Литрес.

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