

ИНКОГЕРЕНТНОСТЬ ОЦЕНОК СЕБЯ, ДРУГИХ ЛЮДЕЙ И СОБЫТИЙ В НОРМЕ И ПАТОЛОГИИ¹

© 2017 г. Е. И. Рассказова*, А. Ш. Тхостов**, С. Н. Ениколопов***,
Г. В. Ковров****, С. Ю. Палатов*****, М. А. Лебедев*****, Е. А. Изотова*****

* Кандидат психологических наук, доцент кафедры нейро- и патопсихологии факультета психологии МГУ имени М.В. Ломоносова, старший научный сотрудник отдела медицинской психологии Научного центра психического здоровья, Москва;

e-mail: e.i.rasskazova@gmail.com

** Доктор психологических наук, зав. кафедрой нейро- и патопсихологии факультета психологии МГУ имени М.В. Ломоносова, Москва;

e-mail: tkhostov@gmail.com

*** Кандидат психологических наук, зав. отделом медицинской психологии Научного центра психического здоровья, Москва;

e-mail: enikolopov@mail.ru

**** Доктор медицинских наук, главный научный сотрудник научно-исследовательского отдела неврологии НИЦ ГБОУ ВПО Первого МГМУ имени И.М. Сеченова, Москва;

e-mail: kgv2006@yandex.ru

***** Кандидат медицинских наук, доцент кафедры психиатрии и наркологии лечебного факультета Первого МГМУ имени И.М. Сеченова, Москва;

e-mail: paseuv@mail.ru

***** Кандидат медицинских наук, доцент кафедры психиатрии и наркологии лечебного факультета Первого МГМУ имени И.М. Сеченова, Москва;

e-mail: lebedevma@bk.ru

***** Врач-психиатр ГБУЗ Центра патологии речи и нейрореабилитации, Москва;

e-mail: izotkatery@mail.ru

На выборке апробации *MMPI-2* проведено эмпирическое исследование противоречивости (инкогерентности) оценок людьми событий, себя и других людей в норме ($N_1=1443$) и при психических заболеваниях ($N_2=204$). Анализовались связи личностных особенностей людей со стилевой (согласие с противоположными утверждениями) и вариативной (случайной) инкогерентностью в их оценках. Показано, что эти два вида инкогерентности являются относительно независимыми, и их наличие у здоровых людей связано с общим психологическим неблагополучием, проявляющимся в форме утомляемости, апатии, ощущения чрезмерного напряжения, непонимания со стороны других и несправедливости, а у людей с аффективными расстройствами и нарушениями адаптации — с большей вероятностью инвалидности по психическому заболеванию. Стилевая инкогерентность дополнительно связана с возбуждением, трудностями контроля эмоций и импульсов, отношением к миру как угрожающему и более выражена при аффективных расстройствах. Вариативная инкогерентность связана с соматическими жалобами, тревогой и напряжением в межличностном общении, подавленностью, вероятно, снижением концентрации и возможностей запоминания; и более выражена у людей с шизофренией и шизотипическим расстройством (на уровне тенденции более выражена при аффективных расстройствах).

Ключевые слова: инкогерентность оценок себя, людей и событий, несогласованность ответов, *MMPI-2*, *TRIN*, *VRIN*, личностные особенности, психические заболевания.

Вопрос о том, насколько для человека важно, чтобы его картина мира и себя была когерентна, согласованна и последовательна, имеет длительную историю. Начиная с анализа самости

в работах У. Джеймса, можно выделить несколько линий такого рода рассуждений [16]. В психодинамическом подходе несогласованность Я — признак недостаточности истинной самости [10], ее фрагментации, примитивных защитных механизмов. Трудности дифференцированного и амбивалентного описания себя и других людей,

¹ Исследование выполнено при поддержке Российского фонда фундаментальных исследований, проект 14-06-00316.

фрагментация или дихотомичность в описаниях расцениваются как один из диагностических признаков пограничной личностной организации [4]. Альтернативная позиция выдвигается в символическом интеракционизме Г. Мида и, позже, в социальном конструкционизме К. Джерждена [3]: предполагается, что несогласованность самости может быть связана не с фрагментацией и защитой, а, напротив, с социальной адаптацией и гибкостью — умением отвечать требованиям ситуации, быть разным и гибко “подстраиваться” под разные условия, роли и отношения².

Следует отметить, что данных о важности несогласованности в структуре самости как психодиагностического признака накоплено немало, но эти результаты неоднозначны. Если в первоначальных эмпирических исследованиях согласованность была положительно связана с благополучием (например, [15]), то последующие исследования показали, что часть этих результатов может быть статистическим артефактом [12], а также то, что важность согласованности самости для благополучия более характерна для западной культуры, по сравнению с восточной [17]. Дефицит дифференциации и интеграции описан при личностных расстройствах [9].

Сложнее обстоит дело с инкогерентностью оценок и представлений о мире, людях и событиях. В когнитивной традиции им придается не менее важное значение в системе убеждений, чем оценкам и представлениям о себе [1; 13], однако возможность непоследовательности и неустойчивости этих оценок практически не обсуждается, за исключением положения о сосуществовании актуализированных и “латентных” базовых убеждений.

Недостаточное внимание эмпирической психологии к проблеме несогласованности (инкогерентности) в оценках себя, людей и событий может быть объяснено особенностями традиционного психодиагностического подхода [2; 11]: требованием обеспечения надежности-согласованности измеряемых конструктов. В этом контексте несогласованность ответов рассматривается как признак ненадежности инструмента и вместо предмета исследования становится помехой, требующей искоренения. Основываясь на психосемантическом подходе, мы предложили вариант операционализации диагностики как оценок себя, мира и людей (положительной или отрицательной оценки), так и противоречивости

этих оценок [7]. При этом выделялось два типа несогласованности: вызванная соглашательским стилем ответов (согласием или несогласием с противоречащими друг другу характеристиками) и не связанная со специфическим стилем неустойчивость в ответах. Оба типа противоречивости не сводимы к тому, насколько положительно респонденты оценивают себя, мир и других людей, а “случайная” (нестилевая) несогласованность в оценках себя отрицательно связана с удовлетворенностью жизнью.

Целью данной работы является выявление личностных факторов инкогерентности оценок себя, людей и событий в норме и при психических заболеваниях (на примере непоследовательности ответов на пункты *MMPI-2*) в рамках кросс-секционного дизайна исследования. Мы рассматриваем *инкогерентность оценок* как проявление специфической системы когнитивных убеждений, связанных с самостью личности. Исследование стало возможно благодаря тому, что во вторую версию Миннесотского многофакторного личностного теста [8; 14] были включены две дополнительные шкалы коррекции — шкалы истинной и вариативной непоследовательности ответов *TRIN* и *VRIN*, содержание которых практически идентично упоминавшимся стилевой и “случайной” противоречивости в оценках себя, мира и людей. В соответствии с традиционным психометрическим подходом, в оригинальной методике *MMPI-2* эти шкалы выполняют роль обеспечения достоверности — протоколы с высокими баллами по шкалам не анализируются. Соглашаясь с этим подходом, мы исключали недостоверные по показателям шкал *TRIN* и *VRIN* протоколы из исследования, но — в дополнение к нему — анализировали оставшиеся значения по шкалам и их связь с личностными особенностями содержательно.

Выдвигались следующие *гипотезы*:

1. Можно выделить два *не связанных между собой* типа непоследовательности в ответах на противоположные утверждения: стилевую, связанную со специфическим стилем ответов на противоположные пункты (соглашательским или отрицающим), и “случайную”, связанную с неустойчивостью и вариативностью, за которой не стоит явной стратегии ответов. Моделью двух типов инкогерентности в данной работе выступали шкалы истинной (*TRIN*) и вариативной (*VRIN*) непоследовательности в ответах.

2. Как стилевая, так и неустойчивая (вариативная) инкогерентность оценок себя, людей и событий в норме не связаны или слабо связаны с социально-демографическими характеристиками, но могут быть связаны со специфическим подходом

² В задачи данной работы не входит обсуждение концепций, предлагающих вместо конструкта согласованности-несогласованности самости рассматривать его аутентичность и/или несогласованность Я-реального и Я-идеального (см. [16]).

к заполнению методики: склонностью к представлению себя в негативном свете.

3. Связи инкогерентности оценок с личностными особенностями можно разделить на общие и специфические для разных видов (стилевой и неустойчивой) инкогерентности. Инкогерентность любого типа сопряжена с общим психологическим неблагополучием (апатией, напряжением, тревожно-депрессивными симптомами) и межличностными трудностями (переживанием несправедливого обращения со стороны других). В отношении специфических факторов мы не выдвигали конкретных предположений, за исключением того, что неустойчивая инкогерентность связана с большим эмоциональным и когнитивным дефицитом; тогда как соглашательский стиль — со специфическими особенностями межличностных отношений.

4. При аффективных и личностных расстройствах инкогерентность выше, чем в норме, а при аддикциях ниже, чем в норме (вследствие большей ригидности). Кроме того, мы предполагали, что инкогерентность не связана с клиническими оценками нарушений мышления, но при невротических и личностных расстройствах связана с изменениями личности и худшим социальным функционированием.

МЕТОДИКА

Процедура и методики исследования. Исследование проводилось на основе контрольной и клинической выборок апробации второй версии Миннесотского многофакторного личностного теста (*MMPI-2*)³. Все респонденты заполняли данный тест, состоящий из 567 утверждений с ответами по бинарной шкале “Верно” и “Неверно”. Для данного исследования рассчитывались показатели по шкалам истинной и вариативной непоследовательности в ответах (*TRIN* и *VRIN*), шкалам коррекции (шкале редких ответов *FI*, шкале редких ответов на вторую половину методики *Fb*, шкале редких при психопатологии ответов *Fp*, шкале лжи *L*, шкале коррекции *K*, шкале преувеличенной самопрезентации *S*) и десяти клиническим шкалам (шкалам ипохондрии *Hs*, депрессии *D*, истерии *Hu*, девиантной психопатии *Pd*, маскулинности—фемининности *Mf*, паранойи *Pa*, психастении *Pt*, шизофрении *Sc*, мании *Ma*, социальной интроверсии *Si*). Для более точной интерпретации клинических шкал дополнительно рассчитывались показатели по клиническим

субшкалам Харриса—Лингоса, представляющим собой детализацию общих клинических шкал.

Шкала истинной непоследовательности ответов *TRIN* состоит из двух (частично пересекающихся) наборов пар противоположных утверждений. Если респондент отвечает “Верно” на оба противоположных утверждения из 14 пар первого набора, к его баллу по шкале добавляется единица; если “Неверно” на оба противоположных утверждения из 9 пар второго набора, из его балла по шкале вычитается единица. Чтобы избежать отрицательных значений, к полученному баллу прибавляется константа. В целом шкала оценивает соглашательский стиль ответов: высокие баллы означают склонность соглашаться, низкие — отрицать противоположные пункты. В данной работе она используется как мера инкогерентности оценок себя, людей и событий, связанная со специфическими устойчивыми стилевыми особенностями.

Шкала вариативной непоследовательности ответов *VRIN* состоит из 67 различных пар, одни из которых противоположны по содержанию, другие — согласованы. Любой противоречивый ответ на каждую пару пунктов (неважно, согласие или отрицание) засчитывается как один балл. В отличие от шкалы *TRIN*, высокие показатели по шкале *VRIN* отражают “случайную” несогласованность ответов в том смысле, что за этой непоследовательностью не стоит специфического устойчивого стиля.

Для респондентов из клинической группы лечащие врачи указывали⁴:

1. Диагноз и код диагноза по МКБ-10;
2. Наличие или отсутствие нарушений мышления;
3. Изменения личности, которые оценивались путем выбора одного из четырех вариантов: “Нет”, «По “шизофреническому” типу», “По органическому типу”, “Особенности личности характерны для соответствующего личностного расстройства”.
4. Уровень социального функционирования, который оценивался путем выбора одного из трех вариантов: “Работает/учится”, “Не работает/не учится”, “Инвалидность по психическому заболеванию”, “Другое”. В последнем варианте предлагалось вписать свой вариант ответа, но он не был выбран ни в одном случае.

³ Авторы благодарны проф. Д.А. Леонтьеву за разрешение использовать данные для вторичной обработки.

⁴ Анкета была составлена с привлечением клинических психологов и психиатров для того, чтобы ее пункты были максимально просты и понятны, а критерии оценки как можно более однозначны при применении разными врачами в разных клиниках.

Таблица 1. Характеристика клинической группы

Клинические группы	Кол-во (%)
Аддикции (<i>F10, F11, F19</i>)	21 (10.3%)
Аффективные расстройства: эмоционально-лабильные: эмоционально-неустойчивое расстройство, органическое аффективное расстройство, шизоаффективное расстройство, биполярное аффективное расстройство, депрессивное расстройство, депрессивный эпизод (<i>F06.3, F06.6, F25, F31, F32, F33, F34.0, F34.1</i>) ⁵	50 (24.5%)
Шизофрения и шизотипическое расстройство (<i>F20, F21</i>)	73 (35.8%)
Реакция на стресс, нарушение адаптации, неврастения (<i>F43, F48.8</i>)	46 (22.5%)
Другие	14 (6.9%)

Участники исследования. На первом этапе из выборки апробации (1645 респондентов из семи городов России; 631 мужчина и 1014 женщин) были отобраны валидные протоколы. Исключались протоколы, в которых было пропущено более чем 5% всех пунктов (29 и более пунктов), а также невалидные в соответствии с нормами для тестирования в неклинических условиях [14] протоколы. *T*-баллы рассчитывались на основе российских норм отдельно для мужчин и женщин. Критерии исключения были следующие:

- Показатель по шкале *TRIN* более и равен 80 *T* или более или равен 80 *F T*-баллов;
- Показатели по шкалам *VRIN, FI, L* превышают или равны 80 *T*-баллов;
- Показатель по шкале *Fb* превышает или равен 90 *T*-баллов;
- Показатель по шкале *Fr* превышает или равен 100 *T*-баллов.

Мы не использовали в критериях исключения показатели по шкалам коррекции *K* и преувеличенной самопрезентации *S*, поскольку ни в одном случае результаты тестирования не были важны для приема респондентов на работу или иных жизненных изменений, а также ввиду трудности интерпретации высоких и низких значений по шкале *K* и общей рекомендации учитывать ее показатели при коррекции клинических шкал.

После исключения невалидных протоколов выборка составила 1443 респондентов (533 мужчины и 910 женщин) в возрасте от 16 до 81 года (медиана 31 год, средний возраст 34.49 ± 13.61 лет).

⁵ Мы включили в эту группу органические аффективные расстройства, поскольку предполагали, что психологические проявления их эмоциональных изменений будут схожи с аффективными расстройствами неорганической природы. Исключение пациентов с диагнозами *F06.3, F06.6* не приводит к принципиальному изменению результатов.

Клиническая выборка апробации *MMPI-2* включала 262 человека с психическими заболеваниями, являющихся пациентами стационарных психиатрических учреждений и наркологического диспансера, а также наблюдаемых амбулаторно в г. Москве (всего 5 учреждений). Пациенты заполняли методику в присутствии специалиста, который отвечал на их вопросы и контролировал понимание текста; исключались люди, мотивационные и когнитивные особенности которых препятствовали их пониманию или ответам на пункты методики. Критерии исключения протоколов были те же, кроме того использовались нормы для тестирования в клинических условиях:

- Показатель по шкале *FI* превышает или равен 100 *T*-баллов;
- Показатель по шкале *Fb* превышает или равен 110 *T*-баллов.

В итоге клиническая группа составила 204 человека (88 мужчин и 116 женщин) в возрасте от 15 до 72 лет (медиана 28 лет, средний возраст 32.66 ± 14.27 лет). 38 человек (18.7%) были пациентами амбулаторного отделения или посещали психиатра в рамках поликлинического приема; остальные были пациентами стационаров. Для обеспечения групп сравнения пациенты были разделены на основе диагнозов на 4 группы сравнения (табл. 1). Диагнозы 14 людей, не вошедших в эти пять групп, были единичными (например, обсессивно-компульсивное, соматоформное расстройство, нервная анорексия и др.).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Инкогерентность оценок как стиль ответа на вопросы и как подход к тестированию: связь с социодемографическими факторами и шкалами коррекции

Мы предполагали, что склонность к инкогерентным оценкам является специфической

особенностью, в норме не связанной или минимально связанной с полом, возрастом, образованием и семейным положением респондентов. Полученные результаты согласуются с этой гипотезой:

- Склонность как к истинной, так и к вариативной непоследовательности ответов (*TRIN* и *VRIN*) не различается у мужчин и женщин.
- У мужчин ни *TRIN*, ни *VRIN* не связаны с уровнем образования и семейным положением. У женщин инкогерентность оценок тем ниже, чем выше уровень образования (по шкалам *TRIN* и *VRIN*, $t = 3.11-4.58$, $p < 0.05$), а вариативная непоследовательность минимальна у незамужних и максимальна у разведенных (по шкалам *VRIN*, $t = 3.18$, $p < 0.05$). Однако и в этих случаях речь идет в лучшем случае о слабых эффектах: максимальное значение d Коэна при попарных сравнениях составляет 0.26.
- Ни у мужчин, ни у женщин ни один показатель инкогерентности не связан с возрастом ($r = -0.09-0.01$).

В норме шкалы *TRIN* и *VRIN* слабо положительно коррелируют между собой у мужчин ($r = 0.26$) и не связаны у женщин ($r = -0.07$).

Следующей задачей была проверка того, связана ли стилевая и вариативная несогласованность ответов с особым подходом к тестированию. Например, если непоследовательность в западных культурах воспринимается как негативная черта [17], может ли она быть одним из проявлений аггравации, желания показать себя в менее благоприятном свете, чем в реальности?

Корреляционный анализ шкал инкогерентности свидетельствует в пользу этой гипотезы у мужчин, но не у женщин. Так, у мужчин все шкалы инкогерентности оценок положительно коррелируют со шкалами редких ответов ($r = 0.41-0.49$), в том числе со шкалами редких ответов на вторую часть методики *Fb* и редких при психопатологии ответов *Fp*, а также отрицательно — со шкалами коррекции *K* и преувеличенной самопрезентации *S* ($r = -0.41 - -0.20$), тогда как у женщин эти связи слабее и касаются практически исключительно шкалы *TRIN* (для шкал редких ответов: $r = 0.24-0.27$ со шкалой *TRIN* и $r = 0.09-0.14$ со шкалой *VRIN*; для шкал *K* и *S*: $r = -0.32 - -0.23$ со шкалой *TRIN* и близки к нулю со шкалой *VRIN*). Обобщая эти результаты, можно предположить, что инкогерентность ответов у мужчин нередко связана с 1) усталостью от длинного теста и халатного отношения

к его заполнению во второй половине (шкала *Fb*); 2) аггравацией, или чрезмерными жалобами, не связанными с действительными психопатологическими симптомами (шкала *Fb* и шкала *Fp*), а также отсутствием защитной стратегии представления себя в благоприятном свете (шкалы *K* и *S*). У женщин эти закономерности характерны только для непоследовательности, вызванной соглашательским стилем ответов, но не вариативной непоследовательности.

Связь инкогерентности оценок с клиническими шкалами и субшкалами

В норме инкогерентность оценок разных типов коррелирует со шкалой шизофрении и в меньшей степени — со шкалами психастении и паранойи (табл. 2). Соглашательский стиль специфически связан с повышением по шкале мании, а “случайная” непоследовательность ответов *VRIN* — со шкалами ипохондрии, депрессии и социальной интроверсии. Интересно, что корреляции шкал *TRIN* и *VRIN* со шкалами девиантной психопатии, паранойи, психастении, шизофрении и социальной интроверсии значимо выше у мужчин, чем у женщин; кроме того, у мужчин выше корреляции шкалы *VRIN* со шкалами ипохондрии, депрессии и мании. Можно предполагать, что у мужчин инкогерентность оценок является более важным диагностическим признаком психологического неблагополучия (учитывая содержание этих шкал), нежели у женщин.

Более детальный анализ по субшкалам Харриса—Лингоса (см. рис.) показывает, что в норме как стилевая, так и вариативная инкогерентность оценок связаны с утомляемостью, усталостью, ощущением непонимания и несправедливого обращения со стороны других, ощущением, что жизнь требует от них постоянного чрезмерного напряжения, возможно, тревогой, депрессией и апатией, но не собственно вычурными мыслями, странными ощущениями или идеями преследования.

Помимо неспецифической утомляемости, ощущения непонимания и тревожно-депрессивные симптомов, люди, склонные к соглашательскому стилю (систематическому согласию с противоположными утверждениями), отмечают у себя напряжение и возбуждение (возможно, связанные с ускорением темпа деятельности и речи), трудности контроля эмоций и импульсов. Интересно, что субшкалы *Ma4* и *Si3* во многом противоположны по содержанию, характеризуя чрезмерно высокую самооценку и низкую оценку себя, критику и сомнения. По всей видимости, положительная корреляция отражает специфический

Таблица 2. Корреляции шкал инкогерентности с клиническими шкалами у мужчин и женщин

Клинические шкалы	Всего (<i>N</i> = 1443)		Мужчины (<i>N</i> = 533)		Женщины (<i>N</i> = 910)	
	<i>TRIN</i>	<i>VRIN</i>	<i>TRIN</i>	<i>VRIN</i>	<i>TRIN</i>	<i>VRIN</i>
Шкала ипохондрии <i>Hs</i>	0.09	0.24	0.08	0.36**	0.10	0.13
Шкала депрессии <i>D</i>	−0.04	0.24	−0.01	0.31*	−0.07	0.21
Шкала истерии <i>Hs</i>	−0.15	0.14	−0.21	0.19	−0.12	0.10
Шкала девиантной психопатии <i>Pd</i>	0.11	0.17	0.16*	0.21*	0.04	0.10
Шкала маскулинности—фемининности <i>Mf</i>	−0.04	0.11	0.05**	0.19**	−0.19	0.04
Шкала паранойи <i>Pa</i>	−0.12	0.07	0.26**	0.32**	0.12	0.11
Шкала психастении <i>Pt</i>	0.20	0.25	0.36*	0.40**	0.26	0.17
Шкала шизофрении <i>Sc</i>	0.30	0.29	0.41**	0.45**	0.28	0.16
Шкала мании <i>Ma</i>	0.35	0.33	0.35	0.16**	0.32	0.01
Шкала социальной интроверсии <i>Si</i>	0.35	0.12	0.23**	0.34**	0.04	0.18

Примечание. В общей выборке и у женщин корреляции, превышающие по модулю 0.07, значимы на уровне $p < 0.05$; корреляции, превышающие по модулю 0.10, значимы на уровне $p < 0.01$. У мужчин корреляции, превышающие 0.16, значимы на уровне $p < 0.01$.

* — различия в корреляциях между мужчинами и женщинами значимы на уровне $p < 0.05$;

** — различия в корреляциях между мужчинами и женщинами значимы на уровне $p < 0.01$.

Таблица 3. Сравнение шкал инкогерентности оценок себя, людей и событий в норме и при психических заболеваниях

Показатели		Норма	Аддикции	Аффективные расстройства	Шизофрения и шизотипическое расстройство	Нарушение адаптации
	<i>N</i>	1455	21	50	73	46
<i>TRIN</i>	Среднее	8.77	8.38	9.58	8.47	8.41
	Ст. откл.	1.92	2.13	2.21	2.27	2.08
	<i>t</i> -критерий Стьюдента	—	−0.84	2.59*	−1.14	−1.16
	Величина эффекта <i>d</i> Коэна		−0.20	0.42	−0.16	−0.18
<i>VRIN</i>	Среднее	8.98	8.43	9.58	10.11	9.00
	Ст. откл.	3.37	2.18	3.19	3.43	2.84
	<i>t</i> -критерий Стьюдента	—	−1.16	1.80 [†]	2.82**	0.05
	Величина эффекта <i>d</i> Коэна		−0.16	0.18	0.33	0.01

Примечания. [†] — $p < 0.08$, * — $p < 0.05$, ** — $p < 0.01$.

аспект обеих субшкал: люди с соглашательским стилем ответов чаще считают неоправданными требования со стороны других, но при этом нерешительны сами и подозрительно относятся к окружающим. Этой картине соответствует и их отношение к миру как угрожающему и несправедливому (корреляция с субшкалой *Pal*).

Специфическая корреляция показателя “случайной” непоследовательности ответов *VRIN* со шкалами депрессии и социальной интроверсии определяется ее связью с соматическими жалобами, стеснительностью и дискомфортом в социальных ситуациях и нарастанием собственно депрессивных признаков подавленности, несостоятельности, нехватки энергии,

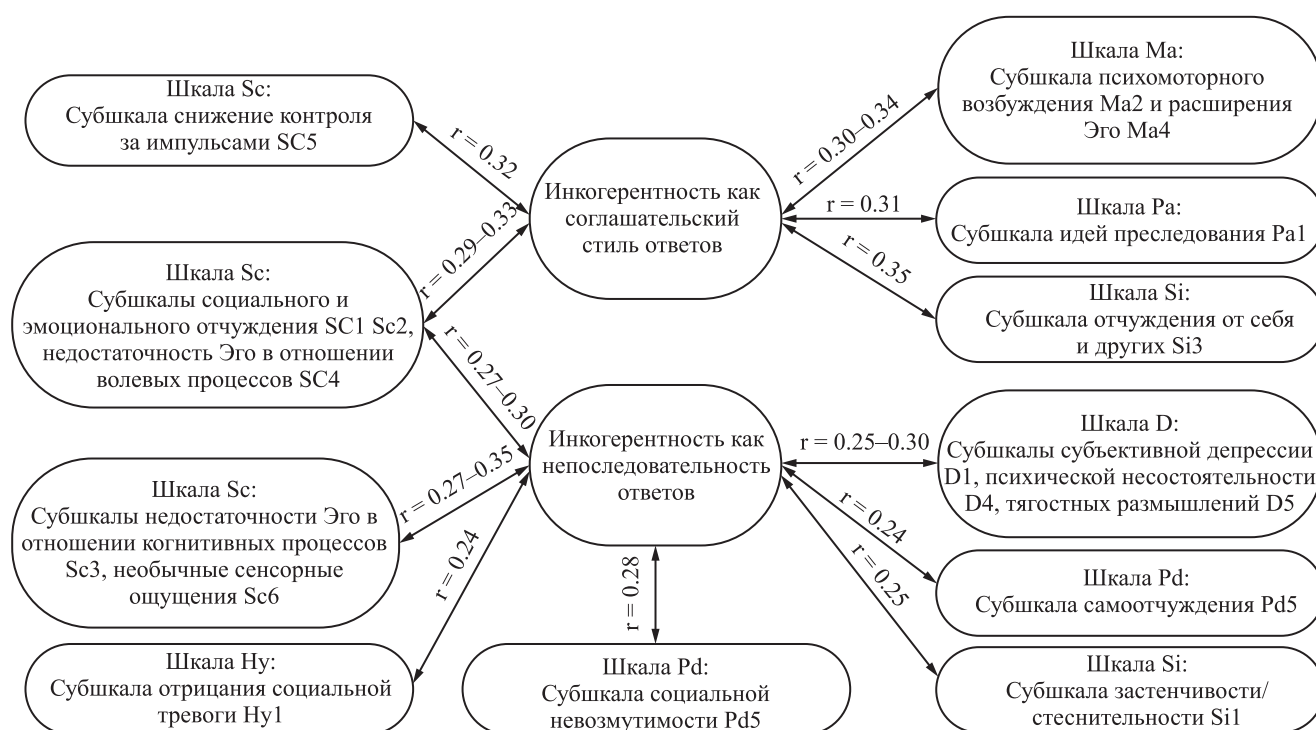


Рисунок. Общие и специфические связи инкогерентности оценок с личностными особенностями: корреляционные плеяды.

возможны нарушения внимания и памяти, тягостные раздумья о своей жизни и несостоятельности. Подтверждает эту интерпретацию и паттерн корреляций с субшкалами шкал девиантной психопатии и шизофрении, свидетельствующий о связи непоследовательных ответов с дискомфортом, возможно, сожалением и чувством вины, нарушением концентрации внимания и памяти, повышенной и, в ряде случаев, измененной сенсорной чувствительностью. Отрицательные корреляции с субшкалами отрицания социальной тревоги (Ну1) и социальной невозмутимости (Pd3) подтверждают тревожность и дискомфорт в межличностных отношениях у людей, склонных к “случайной” непоследовательности в ответах.

Инкогерентность оценок себя, людей и событий при психических заболеваниях

В подгруппе пациентов с аффективными расстройствами уровень стилевой непоследовательности значительно выше, чем в норме⁶ (табл. 3). Однако если ориентироваться на величину статистического эффекта, он достигает низкого уровня также в подгруппе пациентов с аддикциями,

и последующие исследования на больших выборках могут быть направлены на проверку гипотезы о более низком уровне стилевой непоследовательности при аддикциях, чем в норме.

Вариативная непоследовательность ответов значимо выше нормативного среднего в подгруппе пациентов с шизофренией и шизотипическим расстройством и на уровне тенденции выше у пациентов с аффективными расстройствами.

Инкогерентность оценок и клинический статус пациентов

Как в целом в клинической выборке, так и в сравниваемых подгруппах ни один из показателей непоследовательности в ответах не зависел от клинически оцениваемых нарушений мышления⁷.

Люди, у которых по клиническим оценкам отмечаются признаки изменения личности, характерные для личностных расстройств, характеризовались наибольшей непоследовательностью ответов по шкалам *TRIN* ($F = 4.96$, $df = 3$, $p < 0.01$)

⁶ В связи с большим размером выборки апробации и малым размером клинических подгрупп использовался одновыборочный *t*-критерий. Среднее в выборке апробации при этом считалось оценкой популяционного среднего.

⁷ Здесь и далее при проведении анализа по клиническим характеристикам как в целом в выборке, так и в подгруппах параллельно проводятся параметрическое и непараметрическое сравнения, и результаты сопоставляются [6]. Представлены только те параметрические результаты, которые согласуются с непараметрическими.

и *VRIN* ($F = 2.85$, $df = 3$, $p < 0.05$) — по сравнению с людьми без изменений личности, а также с изменениями личности по органическому и по “шизофреническому” типу. В отношении шкалы *TRIN* эта особенность пациентов с изменениями личности по типу личностных расстройств по сравнению с пациентами без изменений и с изменениями по “шизофреническому” типу подтверждается и в попарных *post hoc* сравнениях по критерию Шеффе ($p < 0.05$). Сравнение в отдельных клинических группах было возможно только в подгруппе аффективных расстройств: в ней полученные различия воспроизводятся для шкалы *TRIN* ($F = 3.80$, $df = 3$, $p < 0.05$) и достигают уровня тенденции для шкалы *VRIN* ($F = 2.34$, $df = 3$, $p < 0.09$).

Хотя в клинической группе в целом инкогерентность не связана с уровнем социального функционирования (по клиническим оценкам), при проведении анализа отдельно в подгруппе с аффективными расстройствами и нарушением адаптации сравнения как по шкале *TRIN*, так и по шкале *VRIN* достигают принятой значимости ($F = 3.23-4.34$, $df = 2$, $p < 0.05$). Во всех случаях наибольшая несогласованность характерна для людей с инвалидностью, не работающих и не учащихся: по шкале *TRIN* показатели этой группы в *post hoc* сравнении (по критерию Шеффе) значимо выше, чем в группе учащихся/работающих и в группе не учащихся/не работающих, но без инвалидности.

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

Психологическое содержание инкогерентности оценок себя, мира и событий

В соответствии с когнитивной моделью можно предполагать, что инкогерентность оценок нередко является не ситуативным признаком недобросовестного отношения к тестированию, а обусловлена различными когнитивными процессами, тесно связанными со структурой (диффузностью/дифференцированностью) самости — и должна приниматься во внимание в психодиагностике личности. Хотя содержание этих процессов требует дальнейших исследований, соглашательский стиль в ответах скорее связан с убеждениями о мире как об угрожающем, а своих ресурсах как недостаточных. Согласие с противоположностями носит при этом компенсаторный характер, является следствием поиска “подвоха”. Такие люди чаще отмечают у себя напряжение и возбуждение, трудности контроля эмоций и импульсов, считают неоправданными

требования со стороны других и в целом чаще относятся к миру как угрожающему и несправедливому, но при этом могут быть нерешительны сами.

“Случайная” непоследовательность скорее обусловлена актуализацией нескольких противоречивых когнитивных убеждений [1; 13], в том числе убеждений в собственной несостоятельности, бессилии, когнитивном дефиците. Нестабильность в актуализации убеждений и неуверенность приводят к несогласованности в ответах. По нашим данным, такие люди чаще жалуются на соматические симптомы и обостренную (особую) сенсорную чувствительность, отмечают стеснительность, дискомфорт в социальных ситуациях, подавленность, несостоятельность и нехватку энергии, иногда нарушения внимания и памяти.

Данные достаточно четко подтверждают самостоятельный статус двух типов инкогерентности, их относительную независимость в норме и несводимость к клиническим шкалам и другим шкалам коррекции (все корреляции относительно слабые). Однако следует отметить, что у мужчин непоследовательные ответы могут определяться и ситуативным отношением к тестированию, желанием представить себя в негативном свете.

Как сомнение в своих ресурсах и представление о мире как угрожающем, так и актуализация противоречивых убеждений, согласно когнитивному подходу [1; 13], не являются признаками тяжелой психопатологии, но вторично могут вызывать трудности общения, тревожно-депрессивные проявления и признаки соматического неблагополучия. В подтверждение этого, по результатам анализа субшкал, инкогерентность обоих типов сопряжена вовсе не с необычными идеями или ощущениями, а с неспецифическими признаками астении, утомляемости и усталости, ощущением непонимания и несправедливого обращения со стороны других, ощущением, что жизнь требует от них постоянного чрезмерного напряжения, возможно, тревогой, депрессией и апатией. При ответе на методику такие люди склонны показывать, а порой и преувеличивать свои трудности, жаловаться или халатно заполнять вторую часть методики вследствие утомления или раздражения.

Мы не претендуем на то, что соглашательский стиль и “случайная” непоследовательность — единственные возможные варианты инкогерентности; более того, вслед за Э. Су [17], мы предполагаем, что инкогерентность может быть не только одномоментная (одновременное согласие или несогласие с противоречивыми утверждениями), но

и ролевая, и ситуационная (например, противоречивое описание себя в разных отношениях или ситуациях), динамическая (неустойчивость оценок во времени) и т.п. В данной работе мы опирались на заданные во второй версии *MMPI* возможности разведения соглашательского стиля и вариативной непоследовательности и были ограничены этой операционализацией.

Проявления инкогерентности при психических заболеваниях

Для людей с аффективными расстройствами характерна инкогерентность по типу соглашательского стиля и в меньшей степени (на уровне тенденции) — по типу “случайной” вариативности ответов. Говоря метафорически, как и в норме, соглашательский стиль идет “рука об руку” с эмоциональным и социальным дефицитом, особенно в форме трудностей контроля импульсов и эмоций. К сожалению, небольшие объемы выборки не позволили нам провести сравнения аффективных расстройств с эмоциональной лабильностью и депрессий, однако можно предположить, что при депрессиях будет выше показатель по шкале *VRIN* (в большей мере связанный с депрессивным аффектом), а при эмоциональной лабильности — по шкале *TRIN*. Предварительное качественное сравнение средних свидетельствует в пользу этой гипотезы.

Высокие показатели по шкале *VRIN* характерны для людей с шизофренией и шизотипическим расстройством. С одной стороны, это может быть связано с нарушениями избирательности мышления [5] и когнитивным дефицитом у этих людей. Хотя статистических различий между шкалами инкогерентности по клиническим оценкам наличия/отсутствия нарушений мышления выявлено не было, следует признать, что эта оценка крайне груба — большинство пациентов этой группы, по клинической оценке, имеют нарушения мышления. В пользу гипотезы о том, что вариативная непоследовательность ответов может быть индикатором тонких, качественных особенностей искажения мышления и когнитивного дефицита, свидетельствует и то, что в клиническую выборку включались только пациенты, чья мотивация и когнитивные особенности позволяли им понять и ответить на вопросы методики, т.е. речь не идет о выраженном дефиците. С другой стороны, высокий показатель по шкале *VRIN* при шизофрении и шизотипических расстройствах может быть связан с нарастанием тягостных размышлений, специфических сенсорных ощущений (в том числе, странных), ощущения дефицитарности когнитивных процессов.

Предположение, что для людей с аддикциями будет характерна ригидность (вплоть до когнитивной простоты), проявляющаяся в сверхпоследовательности ответов на противоположные утверждения, не получило статистического подтверждения. Однако направление различий между средними и величины статистического эффекта не противоречат гипотезе: возможно, при увеличении размеров выборки в дальнейших исследованиях гипотеза будет подтверждена.

Следует отметить, что данные о более высоких показателях шкал инкогерентности при наличии изменений личности по типу личностных расстройств согласуются с исследованиями Е.Т. Соколовой [9], согласно которым дефицит когнитивно-аффективной дифференцированности является важной особенностью идентичности именно при личностных расстройствах. Однако в нашей выборке собственно пациенты с личностными расстройствами были единичны, а клиническая оценка изменений личности — грубой, чтобы делать окончательные выводы.

ВЫВОДЫ

1. Два типа инкогерентности — стилевая (согласие с противоположными утверждениями) и вариативная — практически независимы и не сводимы к личностным особенностям.

2. Оба проявления инкогерентности характерны для нормы, не объясняются случайными ответами на пункты методики (поскольку протоколы, невалидные по шкалам *TRIN* и *VRIN*, были исключены из анализа) и в норме связаны с общим психологическим неблагополучием, проявляющимся в форме утомляемости, апатии, ощущения чрезмерного напряжения, непонимания со стороны других и несправедливости. В группе с аффективными расстройствами и нарушениями адаптации они связаны с большей вероятностью инвалидности по психическому заболеванию.

3. При стилевой инкогерентности эмоциональные и социальные трудности проявляются в форме возбуждения, трудностей контроля эмоций и импульсов, отношения к миру как не только несправедливого, но и угрожающего; и ее уровень повышается при аффективных расстройствах.

4. Вариативная инкогерентность в большей степени связана с эмоциональными и социальными затруднениями по типу тревоги и напряжения в межличностном общении, подавленности и тягостных размышлений, иногда сочетающихся со снижением концентрации и возможностей запоминания; а также дополнительными

соматическими жалобами. Она более выражена у людей с шизофренией и шизотипическим расстройством и на уровне тенденции более выражена при аффективных расстройствах.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бек А., Раш А., Шо Б., Эмери Г. Когнитивная терапия депрессии. СПб.: Питер, 2003.
Bek A., Rash A., Sho B., Jemeri G. Kognitivnaja terapija depressii. SPb.: Piter, 2003.
2. Бурлачук Л.Ф. Психодиагностика. СПб.: Питер, 2006.
Burlachuk L. F. Psihodiagnostika. SPb.: Piter, 2006.
3. Джерджен К. Дж. Социальный конструкционизм: знание и практика. Минск: БГУ, 2003.
Dzherdzhen K. Dzj. Social'nyj konstrukcionizm: znanie i praktika. Minsk: BGU, 2003.
4. Кернберг О.Ф. Тяжелые личностные расстройства: стратегии психотерапии. М.: Класс, 2000.
Kernberg O. F. Tjzhelye lichnostnye rasstrojstva: strategii psihoterapii. M.: Klass, 2000.
5. Критская В.П., Мелешко Т.К., Поляков Ю.Ф. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание. М.: Изд-во МГУ, 1991.
Kritskaja V. P., Meleshko T. K., Poljakov Ju. F. Patologija psihicheskoj dejatel'nosti pri shizofrenii: motivacija, obshhenie, poznanie. M.: Izd-vo MGU, 1991.
6. Кричевец А.Н., Корнеев А.А., Рассказова Е.И. Математическая статистика для психологов. М.: Издательский центр "Академия", 2012.
Krichevec A. N., Korneev A. A., Rasskazova E. I. Matematicheskaja statistika dlja psihologov. M.: Izdatel'skij centr "Akademija", 2012.
7. Рассказова Е.И., Тхостов А.Ш., Абрамова Ю.А. Несогласованность оценок себя, мира и людей как психологический конструкт: разработка и апробация методики противоречивости когнитивных убеждений // Психологические исследования. 2015. Т. 8. № 39. С. 4. URL: <http://www.psystudy.ru/index.php/num/2015v8n39/1088-rasskazova39.html#e3> (дата обращения: 23.12.2015).
Rasskazova E. I., Thostov A. Sh., Abramova Ju. A. Nesoglasovannost' ocenok sebja, mira i ljudej kak psihologicheskij konstrukt: razrabotka i aprobacija metodiki protivorechivosti kognitivnyh ubezhdenij // Psihologicheskie issledovanija. 2015. Vol. 8. № 39. P. 4.
8. Рассказова Е.И., Богомаз С.А., Дорфман Л.Я., Леонтьев Д.А., Неяскина Ю.Ю., Сулимина О.В., Четошникова Е.В. Психометрические характеристики русскоязычной версии ММПИ-2 // Психологические исследования. 2013. Т. 6. № 29. С. 2. URL: <http://psystudy.ru/index.php/num/2014v7n38/1065-rasskazova38.html> (дата обращения: 23.12.2015).
Rasskazova E. I., Bogomaz S. A., Dorfman L. Ja., Leont'ev D. A., Nejaskina Ju. Ju., Sulimina O. V., Chetoshnikova E. V. Psihometricheskie harakteristiki russkojazychnoj versii MMPI-2 // Psihologicheskie issledovanija. 2013. Vol. 6. № 29. P. 2.
9. Соколова Е.Т. Клиническая психология утраты "Я". М.: Смысл, 2015.
Sokolova E. T. Klinicheskaja psihologija utraty "Ja". M.: Smysl, 2015.
10. Хорни К. Невроз и личностный рост. СПб.: Восточно-Европейский институт психоанализа и БСК, 1997.
Horni K. Nevroz i lichnostnyj rost. SPb.: Vostochno-Evropskij institut psihoanaliza i BSK, 1997.
11. Шмелев А.Г. Психодиагностика личностных черт. СПб.: Речь, 2002.
Shmelev A. G. Psihodiagnostika lichnostnyh chert. SPb.: Rech', 2002.
12. Baird B.M., Le K., Lucas R. E. On the nature of intraindividual personality variability: Reliability, validity and associations with well-being. // Journal of Personality and Social Psychology. 2006. Vol. 90. № 3. P. 512–527.
13. Beck J.S. Cognitive therapy for challenging problems: what to do when basics don't work. New York: Guilford Press, 2005.
14. Butcher J.N., Graham J. R., Ben-Porath Y.S., Tellegen A., Dahlstrom W. G., Kaemmer B. MMPI-2 (Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2): Manual for administration and scoring (2nd ed.). Minneapolis, MN: University of Minnesota Press, 2001.
15. Donahue E.M., Robbins R. W., Roberts B. W., John O. P. The divided self: Concurrent and longitudinal effects of psychological adjustment and social roles on self-concept differentiation // Journal of Personality and Social Psychology. 1993. Vol. 64. P. 834–846.
16. Lynch M.F. The self-concept in relationships // N. Weinstein (Ed.), Human motivation and interpersonal relationships: Theory, research and applications. New York: Springer, 2014. P. 121–135.
17. Suh E. M. Culture, identity consistency, and subjective well-being // Journal of Personality and Social Psychology. 2002. Vol. 83. P. 1378–1391.

INCOHERENCE IN APPRAISALS OF SELF, OTHERS AND EVENTS IN HEALTH AND MENTAL ILLNESS¹

E. I. Rasskazova*, **A. Sh. Tkhostov****, **S. N. Enikolopov*****, **G. V. Kovrov******,
S. Yu. Palatov*****, **M. A. Lebedev*******, **E. A. Izotova*******

* *Ph.D., Assistant Professor, Clinical Psychology Department, Lomonosov's Moscow State University, Senior Researcher, Medical Psychology Department, Mental Health Research Center, Moscow;*

** *D.Sc., the Head of Clinical Psychology Department, Lomonosov's Moscow State University, Moscow;*

*** *Ph.D., the Head of Medical Psychology Department, Mental Health Research Center, Moscow;*

**** *M.D., Senior Researcher, Research Department of Neurology, Sechenov's First Moscow State Medical University, Moscow;*

***** *M.D., Assistant Professor, Psychiatry and Narcology Department, Sechenov's First Moscow State Medical University, Moscow;*

***** *M.D., Assistant Professor, Psychiatry and Narcology Department, Sechenov's First Moscow State Medical University, Moscow;*

***** *Psychiatrist, Center of Speech Pathology and Rehabilitation, Moscow*

Research is devoted to incoherence in appraisals of self, others and events in health and mental illness. In healthy control ($N_1 = 1443$) and clinical ($N_2 = 204$) validation samples of the Russian version of MMPI-2 we demonstrated that two types of incoherence — the style-based (agreement with the opposite statement) and variable ones — are relatively independent types associated in the normative sample with general psychological distress, manifested in the form of fatigue, apathy, feelings of excessive strain, lack of understanding from others and injustice. In patients with affective disorders and adjustment disorders they are related to higher likelihood of invalidity due to mental illness. Style-based incoherence is additionally associated with arousal, difficulties of control of emotions and impulses, perception of the world as threatening place. This type of incoherence is higher in affective disorders. The variable incoherence is associated with somatic complaints, anxiety and tension in interpersonal communication, depression, possible decrease the attention and memory; as well as additional somatic complaints and is higher in patients with schizophrenia and schizotypal disorder (marginally higher — in affective disorders).

Key words: incoherent appraisals of self, others and events, inconsistent responses, *MMPI-2*, *TRIN*, *VRIN*, personality, mental illness.

¹ Research was supported by the Russian Foundation for Basic Research, project 14-06-00316.