

УДК 616.832-004.2-08

АНАЛИЗ ИЗМЕНЕНИЙ ЛИЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ

Т.М. Шамова, Т.Я. Лебейко

Гродненский государственный медицинский университет

Представлены результаты исследования личностных характеристик больных рассеянным склерозом методом ММПИ. Установлены изменения показателей по большинству клинических шкал в ответ на факт установления диагноза, а также в динамике развития патологического процесса. Отмечено отличие личностных характеристик у женщин и мужчин. При идентичности конфигурации личностных профилей в группах испытуемых

выявленные изменения касаются перераспределения личностных свойств в результате возникшей ситуации (болезни). Выявленные изменения свидетельствуют о нарушении психологического равновесия с развитием чувства тревоги и депрессивного состояния в ответ на диагноз. Повышение показателей по шкалам невротической триады (Hs, D, Hy) можно рассматривать как следствие защитной реакции на возникшую болезненную ситуацию.

Ключевые слова: рассеянный склероз, личность, ММПИ, психология.

The results of the research of MS patients personality by MMPI method have been presented. They show changes of indices in most of clinical scales in response to the fact of being diagnosed, and in dynamics of pathologic process development. The results of the research also indicate difference of personal characteristics of men and women. Marked changes (with identity of configuration of personal profiles in groups of probationers) concern redistribution of personal characteristics as a result of the situation (disease). These changes indicate disturbance of psychological balance with the development of feeling of

anxiety and depression in response to the diagnosis. Elevation of indices of neurotic triad scales (Hs, D, Hy) can be regarded as consequence of defence reaction to abnormal situation.

Keywords: multiple sclerosis, personality, MMPI, psychology.

Патопсихологические нарушения известны с момента описания клинической картины рассеянного склероза (РС) (Charcot, 1875). Однако углубленное изучение различных вариантов этих нарушений при РС отмечено только в последнее десятилетие, что связано с возросшим количеством больных, длительно сохраняющих трудоспособность, а также необходимостью решения спорных экспертных вопросов. Изменения психологических функций при РС варьируют в широких пределах, и, в какой-то степени, их оценка зависит от методов психометрического исследования, а также концептуального подхода к классификации диагностируемых расстройств [3]. В большинстве исследований акцентируется внимание на интеллектуально-мнестических нарушениях [1, 4, 5, 6, 7, 8] при полном игнорировании личностных характеристик и эмоционально-волевых расстройств, возникающих

вследствие осознания пациентом факта тяжелого заболевания и возможных последствий. Несмотря на то, что нарушения высшей нервной деятельности не являются ведущими симптомами заболевания, в большинстве случаев они оказывают существенное влияние на объективные показатели качества жизни и должны учитываться в процессе курации больных РС.

Целью настоящего исследования явилось всестороннее изучение характеристик личности больных в зависимости от клинических параметров РС.

Материалы и методы. Исследование проводилось с использованием Миннесотского многофазного личностного опросника – ММПИ, адаптированного в НИИ им. В.М. Бехтерева [2]. Математическая обработка проводилась по первичным показателям каждой шкалы теста. Обследовано 63 (31 мужчина и 32 женщины) больных РС и 50 (19



ШАМОВА Татьяна Михайловна - доцент
кафедры неврологии, к.м.н. (справа)

ЛЕБЕЙКО Т.Я. - врач-невролог, БСМП
г.Гродно (слева)

мужчин и 31 женщина) здоровых лиц (контрольная группа). Средний возраст в группе больных составил $33,2 \pm 1,09$ года, в группе здоровых – $31,8 \pm 0,76$ года. Полученный цифровой материал обработан при помощи пакета прикладных статистических программ (Statistica. Versio 6.0).

Результаты и обсуждение. Анализ показателей шкал валидности используемого варианта теста ММРІ позволяет исключить такие факторы со стороны испытуемых, как небрежность и непонимание в выполнении теста, преднамеренную симуляцию и аггравацию, а также защитную реакцию на ситуацию тестирования. Об этом свидетельствуют результаты, полученные при переводе первичных показателей в шкальные оценки (L: контроль – 40-45 Т, РС – 45-50 Т; F: контроль – 55-60 Т, РС – 60-65 Т; K: контроль – 50-55 Т, РС – 50-55 Т; F-K: контроль – 8,74, РС – 7,60). Недостоверность полученного профиля ММРІ оценивается при шкальных оценках L и F, превышающих 70 Т и F-K при разности <5 и >10 [9]. Полученные личностные профили в группах испытуемых по своей конфигурации практически идентичны (таблица 1).

При РС отмечено повышение показателей по большинству шкал. Достоверно значимые результаты получены по шкалам Hs, D, Pd, Pa, Pt и Sc ($p < 0,05$). Это может свидетельствовать о том, что больным РС свойственны фиксация внимания на своем здоровье, высокий уровень ипохондричности, обострение депрессивных черт характера, склонность к волнениям, пессимистическому отношению к будущему, при определенной степени расторможенности, снижении уровня конформности, повышение уровня мнительности с возникновением недоверия к окружающим, наличие сомнений, неуверенности в себе, нерешительности, замкнутость, угрюмость, непредсказуемость поступков.

Несмотря на то, что психологические характеристики у женщин и мужчин являются в общих чертах сходными между собой, выявлены некоторые различия в оценке клинических шкал в зависимости от пола больных РС. Для лиц женского пола, заболевших РС, характерно повышение показателей по шкалам «невротической триады» Hs, D и Hy. Можно полагать, что в данном случае наблюдается нарушение психологического равновесия с развитием чувства тревоги и депрессивного состояния в ответ на диагноз и, как следствие, дезорганизация социальной жизни пациента. Для женщин более характерно неустойчивое и лабильное отношение к своему заболеванию, что может проявляться как переоценкой значимости болезни,

Таблица 1.

Wald-Wolfowitz Runs Test				Первичные показатели личностных характеристик у больных РС и здоровых лиц				
	Mean Group 1 N=50	Mean Group 2 N=63	Z	p-level	Z adjstd	p-level	No. of Runs	No. of ties
L	2,14	3,40	-1,68	0,093657	1,58	0,113958	48	41
F	6,44	8,06	-1,10	0,270547	1,01	0,314399	51	43
K	14,6	15,3	-1,68	0,093657	1,58	0,113958	48	37
F-K	8,74	7,60	-0,14	0,885435	0,05	0,961469	56	44
Hs	6,02	11,8	-2,44	0,014585	2,35	0,018937	44	36
D	23,6	28,8	-2,44	0,014585	2,35	0,018937	44	32
Hy	18,8	24,8	-0,91	0,362684	0,81	0,415364	52	38
Pd	16,7	17,1	-3,40	0,000674	3,30	0,000952	39	28
Pa	9,48	12,9	-3,59	0,000329	3,50	0,000473	38	31
Pt	17,7	20,2	-3,21	0,001334	3,11	0,001853	40	26
Sc	8,96	12,2	-4,36	0,000013	4,26	0,000020	34	22
Ma	17,5	18,6	-1,48	0,137575	1,39	0,164798	49	40
Si	31,1	29,6	0,24	0,811099	0,14	0,886104	58	42

так и ее недооценкой с исходом в истерическое, ипохондрическое или депрессивное состояние. С другой стороны, повышение показателей по шкалам «невротической триады» можно рассматривать как следствие защитной реакции на возникшую болезненную ситуацию, о чем условно свидетельствует повышенный уровень показателей F и K. В отличие от женщин, у мужчин, заболевших РС, достоверно выше показатели по двум шкалам «невротической триады» Hs и D, а также по шкалам Pa и Sc, что свидетельствует о возрастании ипохондричности, пессимистическом отношении к будущему, мнительности, недоверии к окружающим. Больные становятся замкнутыми, угрюмыми, поступки порой непредсказуемы.

Не выявлено зависимости показателей личностных характеристик больных РС от возраста, клинической формы и стадии заболевания. Длительность РС оказывала однотипное влияние на личностные характеристики как у женщин, так и у мужчин. Достоверные изменения регистрировались по шкалам Hs, D, Hy, Pa и Sc. Однако изменения психологических параметров по мере увеличения сроков заболевания существенно отличаются у женщин и мужчин. В группе больных женщин повышение профиля по шкалам «невротической триады» регистрировалось спустя 1 – 3 года от начала РС ($p = 0,05 - 0,003$), по шкале Pa – через 3 – 4 года ($p = 0,004$), а по шкале Sc только при длительных сроках болезни (более 6 лет) ($p = 0,002$). В группе мужчин, больных РС, уже в дебюте заболевания отмечается достоверное повышение профиля по шкалам Hs ($p = 0,003$) и D ($p = 0,001$), что свидетельствует об ипохондричности, повышенной фиксации внимания на своем здоровье, повышении тенденции к соматизации тревоги, снижении самооценки и уверенности в себе. В дальнейшем, спустя 1-2 года от появления первых признаков РС, наблюдается увеличение показателей по шкалам Hs и D ($p = 0,003$) и достоверно повышается уровень профиля шкалы Pa, что указывает на увеличение аффективной ригидности, возросшей под-

зрительности, трудностях при решении возникающих проблем. Спустя 3-4 года к вышеописанным изменениям присоединяется повышение уровня профиля по шкалам Hu ($p=0,023$) и Sc ($p=0,037$), т.е. появляются элементы истерического поведения (усугубление имеющихся симптомов, сочувствие со стороны окружающих), а также замкнутость, стремление к уменьшению межличностных контактов, а в ряде случаев непредсказуемость поступков.

Проведение корреляционного анализа в группе здоровых лиц выявило внутри теста ММПИ 70 связей. Из них 16 отрицательных и 34 положительные связи. У больных РС количество связей внутри теста ММПИ существенно возрастало и составляло 110 (83 положительные и 27 отрицательных).

По данным корреляционного анализа у лиц контрольной группы, установлена достоверная прямая линейная зависимость между показателями шкалы L и K ($p<0,05$) и обратная между L и клиническими шкалами Pt и Sc ($p<0,05$). Обратная зависимость имела место между F и K , прямая - между F и Pd , Pt и Sc ($p<0,05$). Показатели шкалы K достоверно связаны с клиническими шкалами Hs , Pt , Sc , Ma и Si , т.е. со шкалами, требующими коррекции в случае недооценки обследуемыми лицами своего состояния. Оценка шкалы K находится в обратной линейной связи с перечисленными выше клиническими шкалами ($p<0,05$). Отсутствовала корреляция показателя K с оценкой по шкале Pd , требующей внесения корректирующего показателя K . Оценка шкалы Hs находится в прямой корреляционной связи с показателями шкал D , Hu , Pd , Pa , Pt и Ma ($p<0,05$). Умеренная линейная зависимость имела место между результатами по шкале D и таковыми по клиническим шкалам Hs , Hu , Mf , Pt и Sc ($p<0,05$). Выявлена зависимость оценки по шкале Hu и клиническими шкалами Hs , D , Pd , Mf и Pa ($p<0,05$). Оценка по шкале Pd имеет умеренную прямую корреляционную связь с таковыми по шкалам Hs , Hu , Pa , Pt , Sc и Ma ($p<0,05$), а по шкале Pa с Hs , Hu , Pd , Pt и Sc ($p<0,05$). Необходимо отметить наличие умеренной линейной связи показателя Pt почти со всеми клиническими шкальными оценками ММПИ (Hs , D , Pd , Pa , Sc , Ma и Si), что вполне объяснимо, т.к. показатель Pt нуждается в постоянной коррекции со стороны других шкал используемого теста.

На наш взгляд, полученные результаты отражают своеобразное динамическое равновесие психологических черт личности в группе здоровых лиц. У больных РС психологическое равновесие существенно нарушается, возрастает степень зависимости одних психологических черт от других. В отличие от личностных характеристик контрольной группы при РС показатели шкалы L нахо-

дятся в обратной связи с Hs , Hu , Pa и Ma ($p<0,05$). В то же время шкала F оказывает положительное влияние на показатели перечисленных выше шкал с дополнением по шкале Si . По шкале K выявленная корреляционная зависимость у больных РС не отличалась от показателей контрольной группы. Обращает на себя внимание достаточно выраженная прямолинейная зависимость шкал невротической триады с показателями шкалы Si и Sc , что свидетельствует о выраженной астенизации на фоне хронического заболевания, сосредоточенности на соматических жалобах, ослаблении социальных контактов, некоторой отчужденности, попытке уйти от решения ряда социальных проблем. Можно полагать, что у больных РС возникает психосоматический вариант дезадаптации личности на фоне длительно протекающего соматического заболевания, а появление новых корреляционных связей направлено на нивелировку возникших психогенных расстройств. Приведенные выше данные свидетельствуют о поломке психологической целостности личности в ответ на сам факт болезни (РС) и особенно на ее проявления.

Учитывая, что личностные профили в группах испытуемых по своей конфигурации практически идентичны, а выявленные изменения касаются, в основном, перераспределения личностных свойств в результате возникшей ситуации, представляло интерес проследить степень и значимость показателей клинических шкал ММПИ в общей структуре личностных изменений в условиях демиелинизирующего заболевания. Анализ перераспределения влияния показателей клинических шкал ММПИ в условиях патологического процесса, по сравнению с группой здоровых, проводили методом дисперсионного анализа.

На показатель Hs в обеих группах достоверное влияние оказывают факторы D , Hu , Pd , Pa , Pt и Ma . В условиях болезни к указанным факторам присоединяется влияние Sc и Si ($Sc: r=0,70$; $Si: r=0,48$ при $p<0,05$).

Для выявления факторов влияния на формирование показателей отдельных шкал возникла необходимость в построении регрессионной модели, что позволило выделить основные связи между клиническими шкалами ММПИ. Так, линейная модель для параметра Hs в контрольной группе ($Hs=5,35+0,7 D+0,41 Hu-0,12 Pd-0,07 Mf+0,13 Pa+0,22 Pt-0,02 Sc+0,04 Ma+0,003 Si$) обладает высокой степенью достоверности [$F(9,40)=5,4691$ $p<0,00007$], при достаточной точности аппроксимации исходных данных ($RI=0,55168050$). Вклад факторов, включенных в модель, составляет 55,2% ($p=0,000069$) от общей суммы квадратов отклонений прогнозируемого параметра Hs , а 44,8% вносят неучтенные факторы. Уточненная модель для

шкалы Hs у больных PC ($Hs = -3,35 + 0,03 D + 0,69 * Hy - 0,17 * Pd - 0,09 Mf - 0,31 * Pa - 0,004 Pt + 0,49 * Sc - 0,05 Ma + 0,041 Si$) при высокой точности аппроксимации ($RI = 0,87449478$; $p = 0,00000$) имеет существенные отличия. В частности, общий вклад включенных в модель факторов составляет 87,4% при 12,6% неучтенных факторов, что свидетельствует о высокой информационной способности модели. В формировании оценок по шкале Hs в группах испытуемых принимают участие различные факторы теста MMPI, степень их участия у здоровых и больных PC имеет некоторые отличия. Наибольшее влияние в обеих группах оказывает показатель Hy (контроль – $Kj = 19,0\%$; PC – $Kj = 34,8\%$). Кроме того, в группе PC в формировании показателя Hs принимают участие ответы по шкалам Pa (контроль – $Kj = 4,40\%$; PC – $Kj = 9,66\%$) и Sc (контроль – $Kj = 1,10\%$; PC – $Kj = 26,5\%$). Полученные результаты соответствуют клиническим проявлениям болезни, согласно которым больным с установленным диагнозом PC свойственны такие признаки, как фиксирование внимания на своем здоровье, мнительность, замкнутость, в ряде случаев «уход в болезнь».

На конечный результат показателя D (депрессия) в обеих испытуемых группах оказывали влияние ответы по шкалам Hs, Hy, Mf, Pt, Sc и Si. Для PC, кроме того, характерно влияние ответов по шкале Pd при отсутствии влияния шкалы Ma, свойственной контрольной группе. Линейная модель для параметра D в контрольной группе ($D = +2,12 + 0,11 Hs + 0,20 Hy - 0,06 Pd + 0,28 * Mf - 0,11 Pa + 0,30 Pt - 0,05 Sc + 0,01 Ma + 0,19 * Si$) адекватна описываемому явлению ($RI = 0,66206383$) с уровнем значимости коэффициента достоверности $F(9,40) = 6,1563$ $p < 0,00002$. Вклад факторов, включенных в модель, составляет 58,0%, 42,0% вносят неучтенные факторы. Модель для шкалы D у больных PC ($D = +19,3 + 0,09 Hs + 0,12 Hy + 0,23 * Pd + 0,09 Mf - 0,14 Pa + 0,06 Pt + 0,41 * Sc - 0,43 * Ma + 0,10 Si$) достоверна [$F(9,53) = 10,570$ $p < 0,00000$] и обладает достаточной аппроксимацией ($RI = 0,64219734$). Общий вклад включенных в модель факторов составляет 64,2% при 35,8% неучтенных факторах.

На результат по шкале Hy в обеих группах обследованных оказывают влияние ответы по шкалам Hs, D, Pd, Pa, и Pt. Кроме того, у здоровых лиц выявляется зависимость показателя Hy от ответов по шкале Ma, а у больных – по шкале Si. Модель для параметра Hy в группе здоровых лиц ($Hy = +9,69 + 0,58 * Hs + 0,18 D + 0,47 * Pd + 0,15 Mf + 0,12 Pa - 0,20 Pt - 0,03 Sc - 0,26 Ma - 0,10 Si$) достоверна [$F(9,40) = 6,9879$ $p < 0,00001$] и адекватна ($RI = 0,61123776$). Вклад факторов, включенных в модель, составляет 61,1%, неучтенных факторов – 38,9%. Модель для параметра Hy в группе боль-

ных PC ($Hy = +4,00 + 0,93 * Hs + 0,06 D + 0,25 Pd + 0,17 * Mf + 0,22 Pa - 0,14 Pt - 0,55 * Sc - 0,06 Ma - 0,04 Si$) имеет существенные отличия. Она обладает высокой степенью достоверности [$F(9,53) = 31,354$ $p < 0,00000$] и хорошо описывает явление ($RI = 0,84187882$). Вклад факторов, включенных в модель, составляет 84,1% при 15,6% случайных факторов. В обеих группах в формировании результата по шкале Hy принимают активное участие ответы по шкалам Hs и Pd. Однако степень влияния этих факторов неравноценна: влияние ответов по шкале Hs в группе больных PC возрастает на 19,5%, а ответов по шкале Pd уменьшается на 5,37% ($p < 0,05$). Особенно существенно влияние у больных PC на фактор Hy ответов по шкале Sc (контроль – $Kj = 1,17\%$; PC – $Kj = 20,5\%$).

Конечный результат в контрольной группе по шкале Pd зависит от ответов по шкалам Hs, Pa, Pt, Sc и Ma. У лиц, страдающих PC, на показатель Pd оказывали влияние ответы по всем клиническим шкалам MMPI. Модель для параметра Pd в группе здоровых ($Pd = -2,48 - 0,17 Hs - 0,05 D + 0,46 * Hy - 0,09 Mf + 0,34 Pa + 0,16 Pt - 0,05 Sc + 0,37 * Ma + 0,07 Si$) адекватна изучаемому явлению ($RI = 0,55967104$) при высокой степени достоверности [$F(9,40) = 5,6490$ $p < 0,00005$]. Вклад факторов, включенных в модель, составляет 56,0% при 44,0% случайных факторов. Анализ регрессионной модели для параметра Pd у больных PC ($Pd = +5,94 - 0,43 * Hs + 0,24 D + 0,48 * Hy - 0,28 * Mf + 0,54 * Pa + 0,10 Pt - 0,06 Sc - 0,06 Ma - 0,14 Si$) при ее высокой достоверности [$F(9,53) = 7,7275$ $p < 0,00000$] и адекватности ($RI = 0,56751444$) свидетельствует о существенном перераспределении факторов влияния на Pd. Вклад факторов, включенных в модель, составляет 56,7% при неучтенных факторах в пределах 43,3%. При PC возрастает влияние на Pd ответов по шкале Hs (контроль – $Kj = 4,28\%$; PC – $Kj = 11,2\%$), Pa (контроль – $Kj = 7,95\%$; PC – $Kj = 9,25\%$), Mf (контроль – $Kj = 3,67\%$; PC – $Kj = 6,09\%$) и уменьшается по шкале Hy (контроль – $Kj = 15,3\%$; PC – $Kj = 13,0\%$). Это положение можно объяснить повышением показателя F, соответственно в группе больных возникают стрессорные реакции на болезнь, появляется ряд нерешенных психологических проблем, трудности в социальной приспособляемости, что находит доказательство в результатах интервьюирования больного.

В формировании ответа по шкале Pa в обеих группах испытуемых принимают участие шкалы Hs, Pd, Pt и Sc. При PC дополнительно проявляется влияние ответов по шкалам D, Hy, Ma и Si, что вполне закономерно, т. к. болезненное состояние приводит к выраженному эмоциональному дискомфорту на фоне невротического развития особого варианта дезадаптации. Построение линейной мо-

дели для показателя Pa в группе здоровых ($Pa=+5,28+0,12 Hs-0,06 D+0,07 Hy +0,22 Pd+0,03 Mf+0,21 Pt+0,10 Sc-0,17 Ma-0,09 Si$), несмотря на ее достоверность [$F(9,40)=5,0835$ $p<0,00014$] и удовлетворительную точность аппроксимации ($RI=0,53353830$), позволяет считать влияние других шкальных оценок ММПИ малосущественным, составляя в целом 53,3% от общей суммы рассматриваемых факторов. В отличие от контрольной группы при PC модель ($Pa=-3,15-0,31* Hs-0,06 D+0,16 Hy +0,21* Pd+0,07 Mf+0,10 Pt+0,23* Sc+0,19 Ma+0,11 Si$) обладает высокой степенью достоверности [$F(9,53)=14,045$ $p<0,00000$] и адекватна описываемому явлению ($RI=0,70457548$). Вклад факторов, включенных в модель, составляет 70,5%, при 29,5% неучтенных факторов. Представленные данные свидетельствуют об отсутствии достоверного влияния основных клинических шкал на показатель Pa в контрольной группе. При PC выявлено влияние ответов по шкалам Hs (контроль – Kj=4,20%; PC – Kj=15,1%), Pd (контроль – Kj=9,04%; PC – Kj=2,33%) и Sc (контроль – Kj=4,84%; PC – Kj=12,2%). Имеющиеся разнонаправленные тенденции влияния шкал ММПИ на Pa могут служить косвенным показателем варианта психосоматической дезадаптации с дефицитом компенсаторных ресурсов личности.

Формирование показателя Pt шкалы ММПИ как в контрольной, так и опытной группах, находится под влиянием ответов по клиническим шкалам Hs, D, Hy, Mf, Sc, Ma и Si. При PC выявлено дополнительное влияние на Pt ответов по шкалам Pd и Pa, что свидетельствует о появлении у больных таких личностных черт, как расторможенность, трудности в социальной приспособляемости, мнительность, недоверие к окружающим, особенно к медицинским работникам. Модель для параметра Pt в контрольной группе ($Pt=-9,71023+0,35 Hs+0,29 D-0,22 Hy +0,18 Pd-0,03 Mf+0,37 Pa +0,56*Sc+0,17* Ma+0,08 Si$) достаточно точно аппроксимирует исходные данные ($RI=0,81886784$) с высокой степенью достоверности [$F(9,40)=20,093$ $p<0,00000$]. Вклад факторов, включенных в модель, составляет 81,9%, неучтенных факторов – 18,1%. Модель для параметра Pt в группе PC ($Pt=-11,5-0,01 Hs+0,06 D+0,24 Hy +0,09 Pd+0,14 Mf+0,23 Pa +0,87*Sc-0,03 Ma+0,18 Si$) достоверна [$F(9,53)=40,736$ $p<0,00000$] и адекватна ($RI=0,87369740$). Вклад факторов, включенных в модель, составляет 87,4%, 12,6% – неучтенные факторы, что свидетельствует о высокой информационной способности модели. Несмотря на то, что на параметр Pt при PC оказывают влияние ответы по большинству шкал ММПИ как в сторону увеличения значимости (Mf, Hy), так и в сторону уменьшения (Hs, D, Pd, Pa, Ma, Si), наибольшее значение отводится фактору Sc (кон-

троль – Kj=20,7%, PC – Kj=46,8%; $p=0,0000006$).

На показатель шкалы Sc в обеих группах испытуемых оказывают влияние ответы по шкалам Pa, Pt и Ma. У больных PC показатель Sc формируется под влиянием всех шкал ММПИ, за исключением ответов по шкале Pd. Перераспределение факторов влияния в группе PC можно рассматривать как попытку компенсации, развивающейся вследствие болезни социальной дезадаптации. Линейная модель в группе здоровых лиц ($Sc=+5,54-0,04 Hs-0,05 D-0,04 Hy -0,05 Pd-0,12 Mf+0,17 Pa +0,55* Pt-0,05 Ma-0,01 Si$) достоверна [$F(9,40)=8,1864$ $p<0,00000$] при удовлетворительной степени описания моделью процесса ($RI=0,64812842$). Вклад факторов, включенных в модель, составляет 64,8% при 35,2% неучтенных факторов. Построение модели для группы больных PC ($Sc=-5,01+0,48* Hs+0,16* D-0,39* Hy +0,02 Pd-0,03 Mf+0,22 Pa +0,36* Pt+0,34* Ma-0,01 Si$) выявило существенные различия. Модель достоверна [$F(9,53)=52,726$ $p<0,00000$], а полученное регрессионное уравнение с высокой степенью точности аппроксимирует исходные данные ($RI=0,89953249$). Вклад факторов, включенных в модель, составляет 89,9% при 10,1% неучтенных факторов. Наибольшее влияние при этом оказывают ответы по шкалам Hs (контроль – Kj=1,06%; PC – Kj=22,0%), D (контроль – Kj=2,10%; PC – Kj=6,58%), Hy (контроль – Kj=1,60; PC – Kj=18,5%) и Ma (контроль – Kj=1,60%; PC – Kj=11,0%) при некотором снижении влияния ответов по шкале Pt (контроль – Kj=41%; PC – Kj=25,0%). Таким образом, при PC четко фиксируется влияние на показатель Sc ответов, составляющих невротическую триаду, а также утверждений, свидетельствующих о наличии сомнений, опасений за свое дальнейшее существование, неуверенности в себе (Pt) со снижением уровня общей активности (Ma).

Показатель по шкале Ma формируется под влиянием ответов по шкалам Hs, Hy, Pd, Pa в обеих группах испытуемых. Для PC характерно дополнительное влияние на показатель Ma ответов по шкалам Pt и Sc. Модель для параметра Ma в группе здоровых лиц ($Ma=+19,5+0,05 Hs+0,01 D-0,20 Hy+0,29* Pd-0,005 Mf-0,21 Pa+0,27 Pt-0,04 Sc-0,19 Si$) достоверна [$F(9,40)=3,4393$ $p<0,00321$] при низкой точности аппроксимации ($RI=0,43625390$). Вклад факторов, включенных в модель, составляет 43,6%, 56,4% вносят неучтенные факторы. Модель для параметра Ma в опытной группе ($Ma=+24,7-0,09 Hs-0,28* D+0,07 Hy-0,03 Pd-0,08 Mf+0,31 Pa-0,02 Pt+0,56* Sc-0,22* Si$) обладает высокой степенью достоверности [$F(9,53)=9,3188$ $p<0,00000$] и вполне адекватна описываемому явлению ($RI=0,61276993$). Вклад факторов модели – 61,3%, неучтенных факторов – 38,7%. Наибольшее влияние

на параметр Ма в группе больных РС имеет фактор Sc (контроль – $K_j = 1,21\%$; РС – $K_j = 23,8\%$), затем фактор D (контроль – $K_j = 0,21\%$; РС – $K_j = 9,98\%$) при одинаковом влиянии фактора Si (контроль – $K_j = 9,24\%$; РС – $K_j = 8,31\%$). При РС существенно уменьшается влияние факторов Pd (контроль – $K_j = 7,95\%$; РС $K_j = 1,10\%$) и Pt (контроль – $K_j = 12,4\%$; РС – $K_j = 1,10\%$).

В формировании показателя шкалы Si у здоровых принимают участие ответы на вопросы по шкалам D, Pt и Ma. При РС, наряду с вышеуказанными факторами, достоверно влияние ответов по шкалам Hs, Pd, Pa и Sc. Однако значимость каждого из них в формировании показателя Si требует уточнения, особенно если учесть, что данная шкала MMPI выявляет константное свойство личности. Регрессионная модель контрольной группы ($Si = +31,8 + 0,001 Hs - 0,64 * D - 0,39 Hy + 0,29 Pd - 0,04 Mf - 0,55 Pa + 0,55 Pt - 0,05 Sc - 0,93 * Ma$) достоверна [$F(9,40) = 4,1107$ $p < 0,00085$] при недостаточной точности аппроксимации ($R^2 = 0,48049637$). Общий вклад факторов, включенных в модель, составляет 48,0%, неучтенных факторов – 52,0%. Модель для параметра Si в группе РС практически идентична контрольной группе ($Si = +31,8 + 0,17 Hs - 0,13 * D - 0,13 Hy - 0,23 Pd - 0,15 Mf + 0,47 Pa + 0,31 Pt + 0,06 Sc - 0,56 * Ma$) по достоверности выбранных переменных (D и Ma). Точность аппроксимации недостаточна ($R^2 = 0,48896835$). Вклад факторов модели составляет 48,9%, неучтенных факторов – 51,1%. Приведенные данные свидетельствуют о достоверном влиянии на показатель Si в испытуемых группах ответов по шкалам D и Ma. Влияние D в группе больных РС существенно снижается по отношению к контролю (контроль – $K_j = 9,36\%$; РС – $K_j = 2,88\%$) при некотором перераспределении влияния ответов по шкалам Hs и Hy.

Заключение. Проведенное исследование личности методом MMPI выявило повышение показателей по основным клиническим шкалам. Больным РС свойственны фиксация внимания на своем здоровье, высокий уровень ипохондричности, обострение депрессивных черт характера, склонность к волнениям, пессимистическому отношению к будущему, при определенной степени расторможенности, снижении уровня конформности, повышение уровня мнительности с возникновением недоверия к окружающим, наличие сомнений, неуверенности в себе, нерешительности, замкнутость, угрюмость, непредсказуемость поступков.

Для женщин, больных РС, характерно повышение показателей по шкалам невротической триады Hs, D и Hy. У мужчин достоверно выше показатели по шкалам Hs, D, Pa и Sc. Длительность РС оказывала однотипное влияние на личностные характеристики как у женщин, так и у мужчин по шкалам Hs, D, Hy, Pa, Sc. По данным корреляци-

онного анализа, у больных РС под влиянием патологического процесса существенно нарушается психологическое равновесие с развитием чувства тревоги и депрессивного состояния в ответ на диагноз, возрастает степень зависимости одних характерологических черт от других.

Выраженная прямолинейная зависимость шкал невротической триады от показателей шкал Si и Sc свидетельствует об астенизации на фоне хронического заболевания, сосредоточенности на соматических жалобах, ослаблении социальных контактов, некоторой отчужденности, попытке уйти от решения социальных проблем и, как следствие, дезорганизации социальной жизни пациента. Данное положение может рассматриваться как следствие защитной реакции на возникшую болезненную ситуацию, о чем условно свидетельствует повышенный уровень показателей F и K.

Литература

1. Алексеева Т.Г., Бойко А.Н., Гусев Е.И. Спектр нейропсихологических изменений при рассеянном склерозе // Журн. неврологии и психиатрии. – 2000. – №11. – С.15-20.
2. Березин Ф.Б., Мирошников М.П. Методика многостороннего исследования личности (в клинической медицине и психогигиене). – М., 1976. – 176 с.
3. Гусев Е.И., Демина Т.Л., Бойко А.Н. Рассеянный склероз. – М.: Нефтьгаз, 1997. – С.207-213.
4. Собчик Л.Н. Методы психологической диагностики. – М., 1990. – 75 с.]
5. Carroll M., Gates R., Roldan E. Memory impairment in multiple sclerosis // Neuropsychologia. – 1984. – V.22, – N3. – P.297-302.
6. Litvan I., Grafman J., Vendrell P., Martinez J. et al. Multiple memory deficits in patients with multiple sclerosis. Exploring the working memory system // Arch. Neurol. – 1988. – V.45. – N6. – P.607-610.
7. Rao S., Hammeke T., McQuillen M. Memory disturbance in chronic progressive multiple sclerosis // Arch. Neurol. – 1984. – V.41, – N6. – P.625-631.
8. Truelle J., Palisson E., Le Gall D. Troubles intellectuels et thymiques la sclerose tn plaques // Rev. neurol. – 1987. – V.143, – N8-9. – P.595-601.
9. Van den Burg W., Van Zomeren A., Minderhoud J. Cognitive impairment in patients with multiple sclerosis and mild physical disability // J.Neurol. – 1987. – V.44, N5. – P.494-501.

Resume

ANALYSIS OF PERSONALITY CHANGES IN PATIENTS WITH MULTIPLE SCLEROSIS

T.M. Shamova, T.Y Lebeyko

The research of a personality of the patients with multiple sclerosis by means of - MMPI was carried out. The changes of parameters of the majority of clinical scales in reply to the diagnosis, and also in dynamics of pathological process development were established. The revealed changes concern redistribution of the personality characteristics as a result of the disease and testify to disturbance of psychological balance with the development of the feeling of alarm and depressive state in response to the diagnosis. The difference between the personal characteristics of women and men was marked. The increase of parameters on neurotic scales can be considered as a consequence to protective reaction to the fact of being diagnosed.