План

1. Индивидуальная дезадаптация

2. Специфика эмоциональных и регулятивных процессов

3. Девиантное поведение в молодежной среде

4. Реальные формы соц. поведения

5. Сокращенный многофакторный опросник для исследования личности

Литература

## 1. Индивидуальная дезадаптация

Дезадаптация - какое-либо нарушение адаптации, приспособление организма к постоянно меняющимся условиям внешней или внутренней среды. Состояние динамического несоответствия между живым организмом и внешней средой, приводящее к нарушению физиологического функционирования, изменению форм поведения, развитию патологических процессов. Полное несоответствие между организмом и внешними условиями его существования несовместимо с жизнедеятельностью. Степень дезадаптации характеризуется уровнем дезорганизации функциональных систем организма. В зависимости от характера функционирования, выделяют две формы дезадаптации:

- непатологическая: поддержание гомеостаза возможно при режиме усиленного, но "нормального" физиологического функционирования;

- патологическая: поддержание гомеостаза возможно только при переходе к патологическому функционированию.

В отношении к человеку применимы категории психической, психологической и социальной дезадаптации. Объективные проявления дезадаптации выражаются определенным типом поведения, а субъективные - широкой гаммой психоэмоциональных сдвигов (Амбрумова А. Г., 1980). Личностная дезадаптация может привести к формированию суицидального поведения в случае невозможности реализации базовых ценностных установок.

Проблема дезадаптации первоначально рассматривалась в терминах медико-биологического и психиатрического характера (А.Адлер, Ю.А.Александровский, А.Е.Личко). Впоследствии наметилась тенденция к переносу акцента на социально-психологические и психолого-педагогические аспекты дезадаптации личности (Э.М.Александровская, С.А.Беличева, А.Л.Гройсман, В.Е.Мильман, С.Т.Агарков, И.В.Дубровина, А.К.Маан, И.И.Мамайчук, А.А.Налчаджян, И.Н.Никиташина).

Анализ понятия дезадаптации показывает, что оно включает в себя довольно широкий континуум состояний, в котором на одном полюсе находятся легкие расстройства, представляющие переживания неудач и жизненных проблем, а на другом - адаптационные нарушения, граничащие с психическими расстройствами, вплоть до нервно-психических заболеваний, в основе которых лежат функционально-органические поражения нервной системы.

Состояние дезадаптации возникает, если патогенные воздействия превышают определенный, строго индивидуальный для каждой личности, уровень, определяемый адаптационным барьером.

Дезадаптация личности формируется вследствие нарушения адаптационных механизмов на уровне организма, субъекта и личности. На уровне организма дезадаптацию поведения могут вызвать различные отклонения в физиологическом и физическом развитии, а также патологические нарушения функций организма человека.

На уровне субъекта причиной психической дезадаптации являются нарушения в области психических механизмов жизнедеятельности человека.

На личностном уровне причиной дезадаптации являются трудности приспособления субъекта к социальным нормам поведения, ценностным ориентациям, принятым в обществе, вследствие приобретенного им негативного жизненного опыта, неадекватного психического развития.

В научной литературе выделяют следующие формы дезадаптации личности в процессе обучения:

1. Несформированность элементов и навыков учебной деятельности.

2. Несформированность мотивации учения.

3. Неспособность произвольной регуляции поведения.

4. Неумение приспособиться к темпу учебной деятельности.

Понятие дезадаптации личности является вторичным по отношению к понятию адаптации и рассматривается многими авторами как ее самый низкий уровень или фаза.

Таким образом, к причинам, приводящим к дезадаптации личности, необходимо отнести биологические и социально-психологические факторы или несоответствие социопсихологического и психофизиологического статуса в значимой ситуации.

## 2. Специфика эмоциональных и регулятивных процессов

Эмоциональные и волевые процессы выполняют многообразные регулятивные функции психики в ее управлении психофизиологическим состоянием индивида, протеканием познавательных процессов и реализации программ целеобразования и самой деятельности и общения.

Эмоции и воля отличаются по критерию намеренности. Если эмоции и чувства, как правило, бывают ненамеренными, то волевая регуляция связана с намерением, сознательно принятым человеком по необходимости и выполняемым по своему решению.

Оба эти процесса зависят от отношений человека к предметам и явлениям окружающей действительности, к самому себе и характера его взаимодействия или общения с другими. Без интеграции эмоционально-волевых процессов была бы невозможна реализация поведенческих программ субъекта.

Исследование регулятивных процессов остается одной из наименее решенных проблем. До сих пор идут споры о предмете исследования. Существуют разные точки зрения по поводу того, что следует отнести, например, к волевой регуляции. Еще больше споров происходит вокруг вопроса о соотношении мотивационно-потребностной сферы и интеллекта.

Заранее оговоримся: приведенный здесь обзор исследований саморегуляции и воли, а также роли интеллекта в их организации ни в коей мере не претендует на полноту и всеохватность. Наша цель состояла в том, чтобы показать характер связи между этими процессами на разных уровнях.

Теоретическое решение проблемы обычно начинается с поиска «общего знаменателя», т.е. общего основания для формулировки определения. Но часто, для того чтобы ответить на вопрос, нужно не свести понятия, а развести их. При анализе проблемы иногда оказывается, что там, где предполагалось одно понятие, на самом деле должно быть два или три.

Проблема саморегуляции, на наш взгляд, относится именно к таким, и большинство споров вокруг нее являются терминологическими. Например, проблема воли. Наиболее известны две позиции в этом вопросе. Первая позиция изложена еще в учебнике общей психологии под ред. А.В.Петровского, который считает, что воля есть процесс преодоления препятствия для достижения необходимой цели. И вообще, когда используется термин «воля», имплицитно или легально присутствует понимание волевой регуляции как напряжения сил для борьбы с самим собой. А между тем, когда речь идет о препятствии, необходимо определить, в чем оно заключается.

Анализ литературы показывает, что если говорят о волевом решении, то предполагают, что препятствием в первую очередь является альтернативная потребность. Совершая волевой акт, человек прежде всего осуществляет выбор между двумя или несколькими потребностями, одни из которых имеют наибольшее стратегическое значение, а другие – тактическое. Тема борьбы появляется из-за трудности предпочтения, когда для человека все потребности примерно одинаково привлекательны.

О саморегуляции современные определения говорят как об информационном процессе, благодаря которому происходит управление собственной деятельностью, при этом большинство авторов подчеркивают сознательность процесса управления. Для описания закономерностей протекания регулятивных процессов в рамках субъектного подхода О.А.Конопкин предлагает термин «осознанная саморегуляция» и определяет его как «системно-организованный процесс внутренней психической активности человека по инициации, построению, поддержанию и управлению разными видами и формами произвольной активности, непосредственно реализующей достижение принимаемых человеком целей», при этом общие закономерности строения процессов саморегуляции рассматриваются им как регуляторно-управленческие информационные процессы.

Таким образом, к собственно регулятивным процессам относятся информационные, а действие, исполнение является их результатом.

## 3. Девиантное поведение в молодежной среде

Девиантное поведение подразделяется на две группы

1.Поведение, отклоняющееся от нормы психического здоровья, т.е. наличие у человека явной или скрытой психопатологии, эту группу составляют лица: астеники, шизойды, эпилептойды и лица с акцентуированным характером.

2.Поведение, отклоняющееся от морально-нравственных норм человеческого общежития и проявляется, в разных формах социальной патологии – пьянство, наркомания, проституция и пр. Это поведение выражается в форме проступков или преступлений.

К основным субъектам девиантного поведения можно отнести лиц, страдающих определенными формами психической патологией и склонных на этой основе к аморальному поведению, попыткам членовредительства и самоубийствам.

Таким образом, психические расстройства проявляются в двух формах:

Акцентуированные характеры, т.е. крайние варианты нормы. Люди с ярко выраженными “тяжелыми” чертами характера часто являются клиентами социально-медицинских и правоохранительных служб.

Психические расстройства в виде акцентуаций возникают у молодых людей по ряду причин:

1.Часто психические расстройства обусловлены тем, что к молодому человеку общество предъявляет завышенные требования. Если на врожденные отклонения в характере накладываются болезненные отрицательные переживания, то формируется комплекс неполноценности, и возникает необходимость в искусственных компенсаторах - алкоголе, наркотиках, агрессивном поведении.

Особенно провоцирует появление ранее скрытой акцентуации или патологии, пубертатный период, т.е. период полового созревания.

2.Сказываются трудности переходного возраста, т.е. переход во “взрослую” жизнь, он сопровождается перестройкой психики. Перестраиваются такие важные процессы как: мышление, ощущения, восприятие, меняется мир иллюзий, чувствования, в полной мере проявляются черты темперамента, способности, задатки.

3.Перестройка “Я-концепции”. “Я-концепция” - это устойчивая и неповторимая система представлений индивида о себе, на основе которой он строит свои отношения с окружением и самим собой. 1

Личностные расстройства.

Отчуждение – проявляется в том, что человек оказавшись в конфликтной ситуации, не может самостоятельно из нее выйти. Что бы уйти от конфликта он должен разорвать связь между своим “я” и травмирующей средой. Этот разрыв создает дистанцию между человеком и окружением, а позднее она перерастает в отчуждение.

Деперсонализация – имеет место, когда отчуждается само “я”, утрачивается ощущение собственного тела, теряет смысл любая деятельность, притупляются эмоции, безразличие берет верх во всем.

Депрессия – состояние аффекта с отрицательной окраской. Под депрессией понимают сильную тоску, сопровождаемую отчаянием и кризисом духа. В состоянии депрессии время как бы замедляется, наступает быстрая утомляемость, снижается работоспособность. Приходят мысли о собственной ничтожности, возможны попытки самоубийства. Депрессия может протекать в различных формах:

Локус контроль – человек приписывает себе или другим ответственность за важнейшие события или наоборот, человек считает, что его жизнь зависит от внешних сил. Отсюда чувство бессилия и безнадежности. При тяжелых формах депрессии мнимое чувство вины, стрессовые ситуации в результате потери близких людей, критика со стороны авторитетных лиц может привести к суицидальным попыткам;

Бред физического недостатка, который возникает в период полового созревания преимущественно у девочек. Эти переживания, как правило,

Связаны с внешностью и широко варьируются от веснушек до полноты или худобы ног, талии и пр. Иногда недовольство своим телом достигает уровня паранойи, и молодые люди становятся озлобленными и несчастными.

Синдром философской интоксикации. Интерес молодых к проблемам бытия – явление вполне нормальное. Однако у части молодых людей этот интерес принимает уродливые формы: изобретаются всеобщие законы мировоздания, вынашиваются планы переустройства мира. Часто их увлекают такие таинственные науки, как парапсихология, оккультные науки, а так же контакты с НЛО.

Учебные неврозы или фобии проявляются в упорном нежелании посещать школу, колледж, институт. Невроз выражается в конфликтных отношениях с преподавателями и одноклассниками, в нежелание вникать в отдельные учебные предметы или все предметы сразу. Особенно часто неврозами страдают школьники. Беда нашей школы в том, что подчас в ней насаждаются порядки казармы, а учителя выполняют в ней функцию надзирателей.

Трудность распознания юношеских патологий заключается в их скрытом проявлении и в большинстве своем касаются нормальных молодых людей. Психология нужна всем, Особенно педагогам, социальным преподавателям и работникам социальных служб, чтобы вовремя заметить негативные черты характера и отреагировать на них педагогическими методами.

ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ.

Существуют общие причины девиантного поведения для всех групп “риска”:

Социальное неравенство. Это находит выражение в низком, подчас нищенском уровне жизни большей части населения, в первую очередь молодежи; в расслоении общества на богатых и бедных; безработица, инфляция, коррупция и т.д.

Морально-этический фактор девиантного поведения выражается в низком морально-нравственном уровне общества, бездуховности, психологии вещизма и отчуждении личности. Жизнь общества с рыночной экономикой напоминает базар, на котором все продается и все покупается, торговля рабочей силой и телом является рядовым событием. Деградация и падение нравов находят свое выражение в массовой алкоголизации, бродяжничестве, распространении наркомании, “продажной любви”, взрыве насилия и правонарушениях.

Окружающая среда, которая нейтрально-благосклонно относится к девиантному поведению. Молодые девианты в большинстве своем выходцы из неблагополучных семей.

Неблагоприятные условия жизни и воспитания в семье, проблемы овладения знаниями и связанные с этим неудачи в учебе, неумение строить взаимоотношения с окружающими и возникающие на этой основе конфликты, различные психофизические отклонения в состоянии здоровья, как правило, ведут к кризису духа, потере смысла существования.

## 4. Реальные формы соц. поведения

Центральное понятие концепции – социальная установка как направленность группового или индивидуального сознания, определяющая отношение группы или индивида к какому-то явлению социальной действительности, а также как способ восприятия этого явления. Проявляется установка через конкретные акты поведения, в частности через вербальные высказывания данного индивида.

Сущность социального поведения раскрывается понятиями: личностные диспозиции и диспозиционная система личности; социальная установка (в западной традиции исследования поведения – attitude); ценностные ориентации. Поведение изучалось с акцентом на его субъективных компонентах, на расхождении между социальными установками и реальным поведением. Проблема прогноза поведения адресована личности, которая интерпретируется в качестве социальной индивидуальности.

Концепция В.А. Ядова обращена к проблеме регуляции, саморегуляции и прогнозирования социального поведения личности. Обобщая опыт исследования мотивации, подробно анализируя этот опыт, В.А. Ядов отмечает, что замысел анализа социального поведения обращен не к психическим механизмам регуляции поведения индивида, и не к содержанию мотивов деятельности с учетом социальных и индивидуальных особенностей их формирования, и не к закономерностям превращения социальных условий в элементы структуры личности.

Многолетняя работа ленинградской группы по проблемам роли мотивационной сферы личности строилась на оригинальной гипотезе о структуре ценностных ориентаций и социальных установок личности, образующих диспозиционную систему. Анализом особенностей диспозиционной регуляции поведения инженеров (1 000 человек) подтверждены положения гипотезы и отработаны методики и инструментарий, которые могут быть использованы при исследованиях проблем труда. Оригинальными и продуктивными являются также общие выводы.

Диспозиционная концепция отнесена к «взаимосвязи конкретных социальных условий деятельности индивида и его субъективного отношения к ним в виде состояний предрасположенностей (диспозиций) к оценке и поведению в данных условиях с учетом структуры диспозиций, их зависимости от предшествующего опыта и обобщенных психологических особенностей субъекта.» (Саморегуляция и прогнозирование социального поведения личности. / Колл. авторов под рук. и под ред. В.А. Ядова.– Л.: Наука., 1979. 264 с. Гл. 1. – С. 6–25).

Подобно тому, как иерархически организованы условия деятельности, потребности и диспозиции, поведение личности также структурируется в некоторые иерархически организованные действия. В анализе поведения, по В.А. Ядову, различается четыре уровня в зависимости от целесообразности деятельности:

Поведенческие акты, устанавливающие соответствие между психофизической потребностью и предметной ситуацией в данный момент для перехода от нарушенного «равновесия» к норме.

Поступок или привычное действие, формирующееся из ряда поведенческих актов. Поступок – элементарная социально значимая «единица» поведения. Его цель – соответствие между социальной ситуацией и социальной потребностью индивида.

Целенаправленная последовательность поступков – поведение в определенной сфере деятельности. Цели – отдаленные.

Целостность поведения в разных сферах (труд, познание, семья) в соответствии с неким «жизненным планом».

Поведение личности на всех уровнях регулируется ее диспозиционной системой в соответствии с конкретной ситуацией и целью. Механизм взаимосвязи между различными элементами диспозиционной структуры и ситуацией поведения следует рассматривать именно как механизм мотивации, обеспечивающий целесообразное управление поведением личности, ее саморегуляцию.

Очевидно, полезным (для специалистов по труду) в опыте ленинградцев является представление проблемной области исследования. Она сведена в принципиальную схему регуляции социального поведения). Ее основные параметры и их операционализация состоят в следующем:

Поведение индивида рассматривается по критериям творчества – самостоятельности, ответственности – организованности, исполнительности в труде, избирательности на досуге. Поведению предшествует оценка ситуации. На поведение влияют социально-нормативные «регуляторы».

Оценка ситуации индивидом складывается под влиянием диспозиционных «регуляторов» и обобщенных психологических свойств личности.

Диспозиционные «регуляторы»: ценностные ориентации, доминирующая направленность интересов, обобщенные и ситуативные социальные установки. Диспозиционные «регуляторы» формируются обобщенными психологическими свойствами личности и социально-нормативными «регуляторами».

Социально-нормативные «регуляторы»: ценности и нормы поведения в определенных сферах деятельности.

В качестве одного из важных результатов работы группы ленинградских исследователей необходимо привести также опыт классификации, выполненной на базе признаков, относящихся к профессии и деловым качествам инженера. Ниже приведена типология диспозиционных структур по фактору «деловитость»:

- «инженер по неволе»;

- умеренно вовлеченные в профессию, активные к исполнительности и ослабленные к творчеству;

- умеренно вовлеченные в профессию, диспозиции рассогласованы;

- «инженер по призванию»;

- вовлеченные в профессию с высокими притязаниями.

За пределами внимания других социологических школ оказалось многое, относящееся к проблемам, в разрешении которых сегодня нуждается практика. В частности, это корреляционная модель прогноза производственного поведения профессионала; модели «предсказания» уровня самостоятельности в работе, продвижения по должности; модель связи групп диспозиционных переменных и их составляющих; разного рода типологии и многое другое.

Из того, что сегодня может служить практике, особый интерес представляет описание природы мотивации, которое позволяет понять основные требования, которым должны отвечать конструкции эффективных форм стимулирования труда.

Сложившиеся в производственной практике системы стимулов выполняют разнородные функции: экономические, социальные, социально-психологические, этические.

Чтобы выявить место знаний о природе мотивации в проектировании методов и организации стимулирования труда, следует начать с естественной основы феномена мотивации, изучаемого психологией.

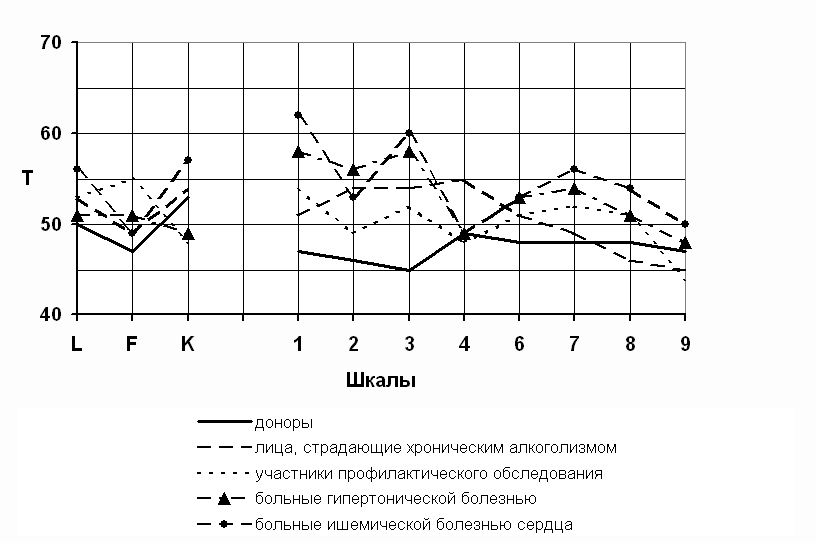
## 5. Сокращенный многофакторный опросник для исследования личности

**Вариант психологического теста Мini-Мult**

***Зайцев В.П.***

Психологические тесты в последние годы начинают все шире использоваться в клинической медицине для решения разнообразных научных задач, а также в практических целях. К числу наиболее ценных методов психологического обследования больного относят MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory). Миннесотский тест получил большое распространение и в нашей стране. Его с успехом применяют как в психиатрии, так и в клинике внутренних болезней, а также в профилактических исследованиях. Вместе с тем использование этого теста сопряжено с большими затратами труда и времени: ответы на вопросы занимают у большинства больных около 1-1,5, а обработка опытным лаборантом результатов одного обследования – 30 мин и более. К тому же у больных определенной категории столь длительная процедура тестирования вызывает утомление, приводит к ошибкам, а иногда даже приводит и к отказу от завершения исследования. Из-за этого применение MMPI в ряде случаев оказывается невозможным, затруднительным или неоправданным, например, при состояниях после тяжелых операций, в остром периоде инфаркта миокарда, а также при массовых обследованиях.

Известно, что это сложный, ответственный и трудоемкий этап разработки отечественного аналога зарубежного вербального теста, созданного в иной социальной среде, требующий не только решения лингвистических проблем перевода теста, но и изменения или полной замены утверждений, утрачивающих в наших условиях свое дискриминационное значение [2]. Поэтому представлялось целесообразным использовать в этих целях списки утверждений из уже адаптированных русских вариантов MMPI. За основу была взята методика, предложенная Ф.Б. Березиным и М.П. Мирошниковым, поскольку она широко апробирована в СССР, и у нас имеется собственный десятилетний опыт использования этой формы MMPI (более 2000 больных различными сердечно-сосудистыми заболеваниями), свидетельствующий об ее валидности [3, 4, 8].



**Рис. Усредненные профили СМОЛ обследованных различных категорий.**

Для изучения валидности СМОЛ был использован собственный архивный материал, охватывающий 100 мужчин, больных инфарктом миокарда, в возрасте от 32 до 59 лет (средний возраст 45,7 лет), обследованных с помощью теста MMPI в модификации Ф.Б. Березина и М.П. Мирошникова. Из этого материала были извлечены результаты опроса каждого больного по утверждениям, включенным в СМОЛ. Сопоставление показателей СМОЛ и MMPI по соответствующим 11 шкалам у одних и тех же больных свидетельствует о валидности разрабатываемой методики. На это указывает высокая корреляция значений по аналогичным шкалам СМОЛ и MMPI (табл.1) и совпадение или близость результатов по 8 шкалам (L, F, K, 1, 2, 4, 6 и 9-й) при сравнении средних показателей СМОЛ и MMPI (табл. 2).

Различия результатов по 3, 7 и 8-й шкалам, по-видимому, обусловлены тем, что процедура перевода “сырых” показателей Mini-Mult в первичный результат, разработанная Кинканноном [13], не учитывает неравноценности утверждений, включенных в эти шкалы MMPI, отличающиеся, как известно [10], особой гетерогенностью.

*Таблица 1.*

**Показатели корреляции между значениями по аналогичным шкалам СМОЛ и MMPI**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Статисти-  ческий показатель | Шкала | | | | | | | | | | |
| L | F | K | 1 | 2 | 3 | 4 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| r | 0,76 | 0,74 | 0,90 | 0,67 | 0,86 | 0,72 | 0,79 | 0,77 | 0,75 | 0,61 | 0,71 |
| mr | 0,04 | 0,05 | 0,02 | 0,05 | 0,03 | 0,05 | 0,06 | 0,04 | 0,04 | 0,06 | 0,05 |
| t | 19,0 | 14,8 | 47,4 | 13,4 | 28,7 | 14,4 | 13,2 | 19,3 | 18,8 | 10,2 | 14,2 |
| P | < 0,001 | | | | | | | | | | |

В связи с этим мы сочли целесообразным разработать собственный стандарт СМОЛ. Представлялось, что это позволит повысить точность оценки, даваемой с помощью СМОЛ, и экономичность методики, поскольку отпала бы необходимость перевода значений по шкалам СМОЛ в показатели MMPI. К тому же исключаются технические ошибки, которые могут быть допущены при выполнении этой операции.

*Таблица 2*

**Сопоставимость средних первичных показателей (М+ m) СМОЛ\* и MMPI у обследованной группы больных инфарктом миокарда**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Тест | Шкала | | | | | | | | | | |
| L | F | K | 1 | 2 | 3 | 4 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| СМОЛ | 5,2 | 6,6 | 15,7 | 18,1 | 27,0 | 25,8 | 24,2 | 11,8 | 28,5 | 29,1 | 18,1 |
| 0,47 | 2,02 | 1,59 | 2,32 | 3,34 | 2,07 | 1,60 | 1,18 | 4,88 | 5,89 | 1,47 |
| MMPI | 5,0 | 7,0 | 16,0 | 18,1 | 27,8 | 23,5 | 24,1 | 11,8 | 33,2 | 31,2 | 18,7 |
| 0,81 | 2,43 | 2,45 | 2,69 | 3,71 | 2,49 | 2,52 | 1,75 | 3,56 | 4,45 | 1,57 |

\* После пересчета по таблице Кинканнона [13], позволяющей переводить “сырые” показатели Mini-Mult в первичный результат MMPI.

До начала работы по стандартизации СМОЛ была уточнена инструкция к этому тесту. За основу была взята инструкция к русскому варианту MMPI, предложенному Ф.Б. Березиным и М.П. Мирошниковым [2]. Эта инструкция подверглась сокращению и некоторой модификации.

Для проведения стандартизации СМОЛ прежде всего был определен минимальный объем выборки испытуемых по формуле:

n= t2s 2

D 2

в которой t принята за 2 (при вероятности ошибки, равной 5%), D - за 1 (точность в 1 балл первичного результата), а величина s (среденквадратичного отклонения) по предварительным исследованиям определена в 3,5 балла первичного результата. При этом объем выборки не превышает 50 человек. Однако по уточненным данным среднеквадратичные отклонения составили даже меньшую величину (табл.3).

*Таблица 3*

**Стандарт СМОЛ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Пол | Статис-тичес-кий по-казатель | Воз-раст | Шкала СМОЛ | | | | | | | | | | |
| L | F | K | 1 | 2 | 3 | 4 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| Муж-чины | М | 40,5 | 1,48 | 3,10 | 7,68 | 7,24 | 7,02 | 9,73 | 10,39 | 4,03 | 13,57 | 13,68 | 6,23 |
| s | 15,85 | 1,23 | 2,30 | 3,42 | 3,00 | 2,68 | 2,91 | 2,13 | 1,74 | 2,51 | 2,83 | 1,55 |
| Жен-щины | М | 39,3 | 1,51 | 2,64 | 7,72 | 8,47 | 7,96 | 11,53 | 9,76 | 4,77 | 14,48 | 13,52 | 6,35 |
| s | 14,89 | 1,19 | 1,71 | 2,64 | 2,92 | 3,00 | 3,38 | 1,90 | 2,00 | 2,27 | 2,80 | 1,91 |

Качество разработанного стандарта СМОЛ проверяли путем сравнения его с результатами тестирования различных групп испытуемых (всего около 2000 человек), проведенного с нашим участием Н.И. Грачевой, Н.Е. Ножиной, Л.А. Зыряевой (ВКНЦ АМН СССР), Р.И. Хильчевской (Институт генетики АН СССР), А.Н. Гобжеляновым (Одесский медицинский институт) и др. Полученные данные свидетельствуют об адекватности указанного стандарта. Можно видеть, что отклонения от стандарта характеризуют возрастные, клинические и некоторые другие специфические особенности психологического статуса обследованных и полностью соответствуют имеющимся в литературе данным [2, 7, 10 и др.]. Результаты тестирования студентов и моряков торгового флота, проживающих в Одессе, а также таких гетерогенных в этническом отношении групп, как военнослужащие и т.п., позволяют предположить, что разработанный на московской популяции стандарт СМОЛ сможет использоваться и в других русскоязычных популяциях нашей страны.

Полученные данные позволяют считать, что СМОЛ отвечает основным требованиям, предъявляемым к психологическому тесту: он обладает определенной валидностью и собственным адекватным стандартом. СМОЛ весьма экономичен: время обследования занимает около 15 мин, а обработка полученных данных – всего 5-6 мин. По-видимому, СМОЛ найдет применение в научных исследованиях для сравнительного анализа психологических характеристик различных групп испытуемых, включая изучение изменений психологического статуса в динамике. Высокая экономичность методики СМОЛ – ценное преимущество при выборе клинико-психологического теста для массовых обследований. Не исключено также, что СМОЛ окажется пригодным и для индивидуальной экспресс- диагностики психологического статуса больного в условиях практического здравоохранения, хотя, безусловно, это еще нуждается в уточнении.

СМОЛ не заменяет другие формы MMPI. Полную форму MMPI целесообразно применять в тех случаях, когда необходимо обеспечить более тонкую индивидуальную оценку психологического статуса больного, например, в условиях клиники, в практике экспертизы, а также в тех научных исследованиях, в которых используется метод многофакторного анализа отдельных наблюдений.

**Сокращенный Многофакторный Опросник для исследования Личности (СМОЛ):**

Напишите свою фамилию и другие сведения о себе на Бланке ответов.

Ниже следуют утверждения, касающиеся состояния Вашего здоровья и Вашего характера.

Читайте каждое утверждение и решайте, верно оно или неверно по отношению к Вам.

Не тратьте времени на раздумье. Наиболее естественно то решение, которое первым приходит в голову.

Если утверждение по отношению к Вам верно, то поставьте, пожалуйста, косой крестик в левом квадрате рядом с соответствующим номером Бланка ответов (этот квадратик расположен в колонке, обозначенной буквой “в”).

Если утверждение по отношению к Вам неверно, то поставьте крестик в левом квадрате, расположенном справа от соответствующего номера на Бланке ответов (колонка обозначена буквой “н”).

Все ответы должны быть внесены в прилагаемый Бланк ответов.

1. У Вас хороший аппетит.
2. По утрам Вы обычно чувствуете, что выспались и отдохнули.
3. В вашей повседневной жизни масса интересного.
4. Вы работаете с большим напряжением.
5. Временами Вам приходят в голову такие нехорошие мысли, что о них лучше не рассказывать.
6. У Вас очень редко бывает запор.
7. Иногда Вам очень хотелось навсегда уйти из дома.
8. Временами у Вас бывают приступы неудержимого смеха или плача.
9. Временами Вас беспокоит тошнота и позывы на рвоту.
10. У Вас такое впечатление, что Вас никто не понимает.
11. Иногда Вам хочется выругаться.
12. Каждую неделю Вам снятся кошмары.
13. Вам труднее сосредоточиться, чем большинству других людей.
14. С Вами происходили (происходят) странные вещи.
15. Вы достигли бы в жизни гораздо большего, если бы люди не были настроены против Вас.
16. В детстве Вы одно время совершали мелкие кражи.
17. Бывало, что по несколько дней, недель или целых месяцев Вы ничем не могли заняться, потому что трудно было заставить себя включиться в работу.
18. У Вас прерывистый и беспокойный сон.
19. Когда Вы находитесь среди людей, Вам слышатся странные вещи.
20. Большинство знающих Вас людей не считает Вас неприятным человеком.
21. Вам часто приходилось подчиняться кому-нибудь, кто знал меньше Вас.
22. Большинство людей довольно своей жизнью более, чем Вы.
23. Очень многие преувеличивают свои несчастья, чтобы добиться сочувствия и помощи.
24. Иногда Вы сердитесь.
25. Вам определенно не хватает уверенности в себе.
26. Часто у Вас бывают подергивания в мышцах.
27. У Вас очень часто бывает чувство, как будто Вы сделали что-то неправильное или нехорошее.
28. Обычно Вы удовлетворены своей судьбой.
29. Некоторые так любят командовать, что Вам хочется все сделать наперекор, хотя Вы знаете, что они правы.
30. Вы считаете, что против Вас что-то замышляют.
31. Большинство людей способно добиваться выгоды не совсем честным способом.
32. Вас часто беспокоит желудок.
33. Часто Вы не можете понять, почему накануне Вы были в плохом настроении и раздражены.
34. Временами Ваши мысли текли так быстро, что Вы не успевали их высказывать.
35. Вы считаете, что Ваша семейная жизнь не хуже, чем у большинства Ваших знакомых.
36. Временами Вы уверены в собственной бесполезности.
37. В последние годы Ваше самочувствие в основном было хорошим.
38. У Вас бывали периоды, во время которых Вы что-то делали и потом не могли вспомнить, что именно.
39. Вы считаете, что Вас часто незаслуженно наказывали.
40. Вы никогда не чувствовали себя лучше, чем теперь.
41. Вам безразлично, что думают о Вас другие.
42. С памятью у Вас все благополучно.
43. Вам трудно поддерживать разговор с человеком, с которым Вы только что познакомились.
44. Большую часть времени Вы чувствуете общую слабость.
45. У Вас редко болит голова.
46. Иногда Вам бывало трудно сохранять равновесие во время ходьбы.
47. Не все Ваши знакомые Вам нравятся.
48. Есть люди, которые пытаются украсть Ваши идеи и мысли.
49. Вы считаете, что совершили поступки, которые нельзя простить.
50. Вы считаете, что Вы слишком застенчивы.
51. Вы почти всегда о чем-нибудь тревожитесь.
52. Ваши родители часто не одобряли Ваших знакомств.
53. Иногда Вы немного сплетничаете.
54. Временами Вы чувствуете, что Вам необыкновенно легко принимать решения.
55. У Вас бывает сильное сердцебиение и Вы часто задыхаетесь.
56. Вы вспыльчивы, но отходчивы.
57. У Вас бывают периоды такого беспокойства, что трудно усидеть на месте.
58. Ваши родители и другие члены семьи часто придираются к Вам.
59. Ваша судьба никого особенно не интересует.
60. Вы не осуждаете человека, который не прочь воспользоваться в своих интересах ошибками другого.
61. Иногда Вы полны энергии.
62. За последнее время у Вас ухудшилось зрение.
63. Часто у Вас звенит или шумит в ушах.
64. В вашей жизни были случаи (может быть только один), когда Вы чувствовали, что на Вас кто-то действует гипнозом.
65. У Вас бывают периоды, когда Вы необычно веселы без особой причины.
66. Даже находясь в обществе, Вы обычно чувствуете себя одиноко.
67. Вы считаете, что почти каждый может солгать, чтобы избежать неприятностей.
68. Вы чувствуете острее, чем большинство других людей.
69. Временами Ваша голова работает как бы медленнее, чем обычно.
70. Вы часто разочаровываетесь в людях.
71. Вы злоупотребляли спиртными напитками.

## Литература

1. Березин Ф.Б., Мирошников М.П. В кн.: Проблемы психоневрологии. М., 1969, с. 337-342.
2. Березин Ф.Б., Мирошников М.П., Рожанец Р.В. Методика многостороннего исследования личности. М., 1967.
3. Зайцев В.П. Тест MMPI как метод контроля при проведении мероприятий по психической реабилитации больных инфарктом миокарда. –В кн.: Реабилитация больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы. Днепропетровск, 1971, с. 35-37.
4. Зайцев В.П. К вопросу о “спонтанной” динамике психического состояния больных инфарктом миокарда по данным MMPI. – Кардиология, 1975, № 2, с. 66-72.
5. Проблемы медицинской психологии. Матер. науч. конф./Под ред. М.М. Кабанова. Л., 1976.
6. Мирошников М.П., Березин Ф.Б. Тест MMPI как метод объективной оценки психофармакологического эффекта. – В кн.: Современные психотропные средства. Диапазон действия и методы оценки. М., 1967, с.47-56.
7. Собчик Л.Н. Пособие по применению психологической методики MMPI. М.,1971, с. 63.