

# 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



English version: [Rasskazova E.I., Bogomaz S.A., Dorfman L.Y., Leontiev D.A., Neyaskina Y.Y., Sulimina O.V., Chetoshnikova E.V. Psychometric characteristics of the Russian version of MMPI-2](#)

Московский государственный университет имени М.В.Ломоносова, Москва, Россия

Томский государственный университет, Томск, Россия

Пермский государственный университет искусства и культуры, Пермь, Россия

Камчатский государственный университет имени В.Беринга, Петропавловск-Камчатский, Россия

Тверской филиал Московского гуманитарно-экономического университета, Тверь, Россия

Алтайская государственная педагогическая академия, Барнаул, Россия

[Сведения об авторах](#)

[Литература](#)

[Ссылка для цитирования](#)

Данная работа посвящена сопоставлению второй версии методики ММПИ и ее первой версии, а также существующих русскоязычных модификаций и описанию результатов первичной апробации методики. Явные преимущества второй версии выражаются в сопоставимости с оригиналом, надежности, валидности и репрезентативности полученных данных и дополнительном широком круге диагностических возможностей, открывающихся за счет включения контентных, дополнительных и реструктурированных шкал, а также дополнительных шкал оценки валидности. Апробация ведется в шести регионах России с центрами в Барнауле, Москве, Перми, Петропавловске-Камчатском, Твери и Томске с разрешения Миннесотского университета. Нормативная выборка составляет 1237 человек (22,7% – мужчины). Полученные результаты свидетельствуют о функциональной и метрической эквивалентности, а также – с некоторыми оговорками – шкальной эквивалентности русскоязычной версии ММПИ-2 американскому оригиналу. Различия обусловлены большей склонностью российских испытуемых предъявлять жалобы и непоследовательно отвечать на противоречивые вопросы по сравнению с американскими гражданами. Эти особенности не зависели от пола, возраста и региона проживания испытуемых. Мы предполагаем, что речь идет о специфике, связанной с влиянием культуры и принятых в культуре представлений, которые требуют дальнейших исследований.

**Ключевые слова:** психодиагностика личности, ММПИ-2, русскоязычная версия, официальная апробация, контентные и дополнительные шкалы ММПИ-2

Интерес к психодиагностике личности, переживавший расцвет в 1960–1970-х гг., не ослабевает по настоящее время. Предлагаются новые подходы, новые качественные и количественные методы (например, [Caprara et al., 1993; Cloninger et al., 1994; Loevinger, 1998]), тогда как традиционные инструменты перерабатываются, преобразуясь во вторую, третью версии. К сожалению, участие России в этом процессе ограничено: многие методики психодиагностики личности неизвестны в отечественной науке или не используются на практике. Напротив, широкое распространение в России получили устаревшие неофициальные (эквивалентность которых оригиналу не признана правообладателями) версии опросников, для большинства из которых, в силу давности работы, нормы собирались на нерепрезентативных выборках, а основные психометрические показатели не рассчитывались. Кроме того, типичной чертой российских апробаций является модификация методик, что, с одной стороны, снимает необходимость проверки эквивалентности полученной версии

оригиналу и дает авторам возможность утверждать, что она «лучше» соответствует культурным особенностям, но, с другой стороны, делает результат принципиально несопоставимым с исходным инструментом.

Целью данной работы является преодоление этого диагностического «разрыва» в отношении одной из наиболее известных в мире методик – Миннесотского мультифазного исследования личности [1] (Minnesota Multiphasic Personality Inventory, MMPI, [Butcher et al., 2001]), первая версия которого известна российским специалистам в двух модификациях – как Методика многостороннего исследования личности ММИЛ [Березин и соавт., 1994] и как Стандартизованный многофакторный метод исследования личности СМИЛ [Собчик, 2007]. Данная статья посвящена описанию второй версии оригинальной методики, процедуры и предварительных результатов апробации (по данным нормативной выборки), проводившейся на базе шести городов России с разрешения Миннесотского университета, являющегося правообладателем инструмента.

## Подходы к диагностике личностных особенностей

Выделяют три основных подхода к психодиагностике личности, которые в современных исследованиях часто сочетаются [Tellegen et al., 2008]. В первом случае ключи отбираются по эмпирическим основаниям (empirical keying). При этом шкалы создаются таким образом, чтобы дифференцировать две психологически различные группы. Согласно А.Теллегену, на настоящий момент MMPI является единственной методикой, созданной таким образом. Для каждой шкалы отбирались те пункты, которые позволяли отличить психически больных с определенным диагнозом от испытуемых контрольной группы. Предполагалось, что удастся выявить «неочевидные» (subtle) черты и шкалы, которые различают больных, но их психопатологическое значение не очевидно ни испытуемым, ни создателям теста. Как следствие, каждая шкала включает разнородные пункты как с теоретической точки зрения (за ними не стоит единого конструкта), так и со статистической точки зрения (они могут не быть согласованы и не образовывать соответствующей факторной структуры). В частности, первую версию MMPI неоднократно критиковали за высокую корреляцию между шкалами (поскольку пункты, дифференцирующие больных с некоторым диагнозом и испытуемых контрольной группы, могут быть связанными как с конкретным заболеванием, так и с психическими заболеваниями в принципе, трудной жизненной ситуацией, опытом госпитализации и т.п.). Кроме того, исследования показали, что «неочевидные» пункты часто дезориентируют диагноста и неоднозначно связаны с измеряемыми конструктами.

Второй подход состоит в максимально широком отборе исходных конструктов и последующем их сужении (объединении) на основе эмпирических данных при помощи эксплораторного факторного анализа. Так, в частности, была создана известная методика Р.Кеттелла и выделены факторы «большой пятерки». Ключевым критерием является репродуцируемость структуры шкал в разных исследованиях. Однако, как отмечают критики этого подхода, репродуцируемость ничего не говорит о психологической осмысленности и интерпретабельности выделенных факторов. Кроме того, сами факторы зависят от того, какие вопросы были исходными: эксплораторный факторный анализ позволяет систематизировать только ту область, которая очерчена содержанием пунктов, оставляя никак не замеченной ту реальность, о которой респондентов не спросили.

Наконец, третий способ создания шкал ориентируется на теоретическое содержание конструктов и статистическую их проверку. Пункты опираются на некоторую теоретическую модель черт или особенностей личности, а итоговые шкалы должны обладать внутренней согласованностью, а также отвечать требованиям ретестовой надежности и валидности, в том числе дискриминантной. Несмотря на то, что в настоящее время этот способ является наиболее признанным (в частности, даже созданные в другом русле инструменты проверяются на соответствие статистическим критериям и осмысляются в терминах теоретических конструктов), он не свободен от ограничений. Содержание конструктов меняется по мере их разработки – они остаются «открытыми» опыту, а полноценная проверка валидности в психологии затруднительна в силу невозможности подбора «идеальных» контрастирующих групп или «идеальных» экспертов.

Большинство современных инструментов психодиагностики личности совмещают черты всех трех подходов. Например, уже в рамках первой версии MMPI был проведен статистический анализ для

проверки надежности и валидности методики, указавший на необходимость некоторых изменений. Были выделены *субшкалы* (Harris-Lingoes subscales, [Butcher et al., 2001]), соответствующие содержательно разным аспектам в рамках каждой шкалы и позволяющие тем самым установить причины повышения баллов. Вторая версия включила в себя разработанные на основе экспертного анализа пунктов (что в большей степени соответствует третьему подходу в психодиагностике) *содержательные шкалы* и выявленные в исследованиях новых клинических групп (не участвовавших в апробации) *дополнительные* шкалы. Наконец относительно недавно [Tellegen et al., 2008] в рамках ММРІ-2 были разработаны реструктурированные клинические шкалы, направленные на преодоление недостатков первого подхода. На основе факторного анализа пунктов в нормативной и клинических выборках были выявлены те содержательно единые конструкты, которые могут рассматриваться как специфические черты, характерные для конкретного заболевания. Иными словами, шкалы перестали «перекрываться» между собой.<sup>[2]</sup>

## Существующие русскоязычные модификации первой версии ММРІ и преимущества второй версии ММРІ

В первой версии [Hathaway, McKinley, 1943] ММРІ включает три вспомогательных шкалы (лжи L, аггравации F и коррекции K) и десять клинических шкал (ипохондрии Hs, депрессии D, истерии Hu, психопатии Pd, маскулинности-фемининности Mf, паранойи Pa, психастении Pt, шизофрении Sc, мании Ma, социальной интроверсии Si). Для интерпретации сырые баллы переводятся в T-баллы, причем значения половины клинических шкал (пять из десяти) корректируются на основе показателей шкалы K. В связи с широкой известностью методики в данной статье мы не будем подробнее описывать ее оригинальную структуру. Как уже упоминалось, на русском языке выполнены две модификации первой версии ММРІ. При этом ММИЛ, разработанный под руководством Ф.Б.Березина [Березин и соавт., 1994], был существенно сокращенным вариантом ММРІ (384 пункта в первом издании монографии и 377 пунктов в рестандартизованной версии, по данным третьего издания 2011 года). Как указывает автор другой модификации, Л.Н.Собчик, по сравнению с ММРІ, «СМИЛ представляет собой новый, более дифференцированный подход, базирующийся на ином концептуальном и методологическом подходе» [Собчик, 2007, с. 3]. СМИЛ в полной версии состоит из 566 пунктов, в сокращенной – из 398 пунктов. Таким образом, в обоих случаях речь идет о существенных изменениях, делающих несопоставимым полученный результат с оригинальным инструментом.

Вторая версия ММРІ [Butcher et al., 2001] состоит из 567 пунктов. По сравнению с первой версией, по результатам статистической обработки репрезентативных выборок в популяции было исключено 13 пунктов, добавлено 16 пунктов и заменены формулировки 76 пунктов. При этом авторы сохранили сопоставимость старой и новой версии – с некоторыми ограничениями баллы, полученные при помощи первой версии, можно «перевести» в баллы второй версии и наоборот. В структуре методики были сделаны следующие изменения.

1. Были дополнены и расширены *шкалы валидности* (шкалы лжи). Шкала переменной непоследовательности в ответах VRIN состоит из пар одинаковых или противоположных утверждений – оценивается склонность респондента отвечать непоследовательно на эти пары пунктов. Шкала истинной непоследовательности в ответах TRIN состоит из пар только противоположных пунктов: высокие баллы по шкале означают тенденцию соглашаться даже с противоположными пунктами – соглашательский стиль ответов. Шкала приукрашающей самопрезентации S (superlative self-presentation) оценивает выраженность попыток создания лучшего впечатления о себе и создавалась на основе ответов желающих получить работу (и дающих социально желательные ответы). Кроме того, в новой версии три шкалы аггравации F:

FI – шкала редких ответов. Балл по ней может быть повышен, если испытуемый отвечает на вопросы в случайном порядке, не понимает вопросов или в силу попытки симулировать или при очень грубой патологии (в двух последних случаях будет подъем еще и по шкале FP).

BF (back F) – шкала редких ответов на последнюю половину методики. Позволяет оценить, как меняется стратегия испытуемого к концу теста. Если при повышении баллов по шкале BF не

наблюдается повышения FI и FP, это означает, что стратегия случайного заполнения, симуляции проявилась в конце или грубая патология выявляется на фоне истощения.

FP – более чувствительна, чем FI, к редким ответам о психопатологии и представляет собой «чистую» аггравацию. В руководстве 70–99 баллов по шкале считается чрезмерными жалобами, тогда как подъем выше 100 свидетельствует о невалидности профиля, поскольку испытуемый симулирует.

2. К десяти клиническим шкалам были добавлены *субшкалы* (Harris-Lingoes subscales), позволяющие выявить причины повышения балла по шкале. Не имея возможности в связи с ограничениями по объему описать все субшкалы, приведем лишь один пример: в структуру шкалы D включены:

D1 – субъективная депрессия (32 пункта). Ощущение несчастья и депрессии, невозможности справиться, низкого интереса к окружающему;

D2 – психомоторная заторможенность (14 пунктов). Низкая активность, эмоциональность, желание избегать других людей;

D3 – нарушение физического функционирования (11 пунктов). Акцент на собственном физическом функционировании, соматические симптомы;

D4 – психическое «отупение» (15 пунктов). Трудности концентрации внимания, памяти и ощущение бессмысленности жизни;

D5 – задумчивость (10 пунктов). Ощущение, что жизнь бессмысленна, невозможно справиться с проблемами. Слезы, руминации, заторможенность, ощущение потери контроля над мыслительным процессом.

3. На основе экспертного анализа пунктов были предложены и эмпирически верифицированы так называемые *содержательные (контентные) шкалы* (табл. 1) – содержательные в том смысле, что вошедшие в них пункты максимально целостно характеризуют содержание некоторого клинического феномена.

### Таблица 1

Перечень и краткое описание содержательных (контентных) шкал MMPI-2 (по: Butcher et al., 2001)

Содержательные (контентные) шкалы	Краткое описание
ANX – Тревога	Тревога, неуверенность, могут быть проблемы с концентрацией, соматические симптомы, навязчивости
FRS – Страхи	Страх, напряжение, неуверенность большую часть времени. Могут быть различные страхи и фобии
OBS – Обсессивность	Ригидность, трудности принятия решений, руминации, обсессивно-компульсивная симптоматика
DEP – Депрессия	Депрессия, усталость, пессимизм, вина, одиночество. Могут быть – тревога о здоровье, суицидальные мысли
HEA – Озабоченность здоровьем	Сниженное физическое здоровье, внимание к соматическим симптомам, соматические жалобы
BIZ – Вычурное мышление	Бред, галлюцинации, ощущение нереальности. Могут быть – сглаженный аффект, употребление ПАВ
ANG – Гнев	Злость, враждебность, агрессивность. Возможно – трудности контроля физической агрессии, импульсивность. Уязвимость к критике
CYN – Цинизм	Подозрительность, восприятие других как эгоистов, нечестных, забывающихся. Могут быть параноидные идеации

ASP – Антисоциальные практики	У респондента есть история нарушения закона или антисоциальных практик. Циничны, обвиняют других в своих трудностях, манипулятивны, агрессивны, импульсивны, не признают авторитетов
TPA – Тип А	Старательный, ориентируется на работу, не переносит, когда его прерывают, легко раздражается. Критичен в отношениях с другими
LSE – Низкая самооценка	Низкая самооценка, легко бросает начатое, чувствителен к критике, трудно принимать комплименты, пассивен в отношениях, трудности принятия решений
SOD – Социальный дискомфорт	Застенчивость, интроверсия, предпочитает быть один, мало интересов, чувствителен в межличностных отношениях, трудности начала диалога
FAM – Семейные проблемы	Актуальная или бывшая семья описывается как недостаточно любящая, чрезмерно требовательная. Враждебность к другим членам семьи, негативные установки к супружеским отношениям
WRK – Нарушение работоспособности	Представления и поведение, которые могут препятствовать эффективности на работе. Не уверен в выборе карьеры, недостаток энергии, неуверенность, трудности концентрации, тревожность, нежелание достигать чего-либо
TRT – Отрицательные индикаторы в отношении лечения	Отрицательное отношение к лечению и врачам, ощущение, что его проблемы не понимают, не верит, что его проблемы разрешимы, и не готов их активно решать.

4. В ходе эмпирических исследований на различных клинических группах предложены *дополнительные шкалы* (табл. 2) для выявления конкретных клинических проявлений, не учтенных в базовом наборе шкал.

### Таблица 2

Перечень и краткое описание дополнительных шкал ММПИ-2 (по: Butcher et al., 2001)

Дополнительные шкалы	Краткое описание
А – Тревога	Тревога, депрессия, соматические жалобы, неуверенность
R – Подавление	Интроверсия, низкий личностный темп, конформность, соматические жалобы
Es – Сила Эго	Высокий уровень адаптации, энергии, уверенность
Do – Доминантность	Доминантность и уверенность в общении, мотивация достижения, уверенность в социальных ситуациях
Re – Социальная ответственность	Озабоченность этическими и моральными проблемами, обостренное чувство справедливости, уверенность в себе, в т.ч. в социальных ситуациях. В клинике – мало жалоб и симптомов
Mt – Нарушение адаптации в колледже	Низкая психологическая адаптация, пессимизм, прокрастинация, тревога, соматические симптомы в периоды стресса
PK – Пост-травматический стресс	Эмоциональный дистресс, тревога, соматические жалобы, нежелательные руминации, потеря эмоционального или когнитивного контроля
MDS – Дистресс в супружеских отношениях	Неудовлетворенность супружескими или близкими отношениями
Ho – Враждебность	Цинизм, подозрительность, враждебность, низкая психологическая адаптация
O-H –	Внешне не реагирует на провокации, но переживает агрессивные импульсы,

Гиперконтролируемая враждебность	обвиняет себя
MAC-R – Алкоголизм	Возможны проблемы, связанные с употреблением ПАВ. Поведение, связанное с риском, экстравертированность, эксгибиционизм. Уверенность в себе. Возможно антисоциальное поведение
AAS – Признание аддикции	Признание проблем, связанных с употреблением ПАВ, семейные проблемы, импульсивность, критичность, агрессивность
APS – Аддиктивный потенциал	Возможные проблемы, связанные с употреблением ПАВ. Антисоциальное поведение
GM – Маскулинная роль	Маскулинные интересы и доминирующие виды деятельности, отрицание страхов, тревоги, отсутствие соматических жалоб, уверенность в себе
GF – Фемининная роль	Фемининные интересы и доминирующие виды деятельности, отрицание антисоциального поведения, повышенная чувствительность

5. Разработаны *критические наборы* пунктов, позволяющие выявить важнейшие клинические феномены (острая тревога, идеи преследования, суицидальные мысли) при помощи минимального количества вопросов.

6. Разработаны *реструктурированные шкалы*, ориентированные на диагностику особенностей, специфичных для данной клинической группы.

Несмотря на краткость этого обзора, он дает представление о том, что большинство критических комментариев, в том числе подвигнувших российских авторов к разработке модификаций [Собчик, 2007], таких как отсутствие анализа целостного профиля, учтены во второй версии ММРІ-2.

В целом следует отметить несколько преимуществ официальной апробации русскоязычной версии ММРІ-2 по сравнению с существующими модификациями.

1. Сопоставимость с оригинальной версией ММРІ-2, возможности кросс-культурных исследований и учета новых данных, которые будут получены в международных исследованиях в будущем.
2. Дополнительный широкий круг диагностических возможностей, открывающих новые перспективы использования методики как в норме (в частности, в организационной психологии, психологии развития), так и в патологии.
3. Особенности перевода, апробации и стандартизации, обеспечивающие, во-первых, сопоставимость русскоязычной и англоязычной версий и, во-вторых, доказывающие надежность, валидность и структуру шкал на обширной репрезентативной выборке.

## Методы

Исключительные права на разработку и распространение русскоязычной версии ММРІ-2 были приобретены у правообладателя – Миннесотского университета – компанией Giunti O.S. Organizzazioni Speciali (Флоренция, Италия), имеющей дочерние подразделения и представительства в ряде других стран Европы, в том числе в РФ. Описываемая в данной статье работа была выполнена на основании соглашения с этой компанией. Русскоязычный *перевод* ММРІ-2 был выполнен независимой группой исследователей до начала данной работы, с учетом лингвистических показателей пунктов в соответствии с правилами психодиагностики и с контролем при помощи обратного перевода, авторизован (одобрен) Миннесотским университетом и предоставлен нам представительством Giunti O.S. Organizzazioni Speciali в РФ.

Апробация в норме проводилась на базе шести регионов России с центрами в следующих городах (в скобках указаны руководители работы): Барнаул (Е.В.Четошникова), Москва (Е.И.Рассказова), Пермь

(Л.Я.Дорфман), Петропавловск-Камчатский (Ю.Ю.Неяскина), Тверь (О.В.Сулимина), Томск (С.А.Богомаз). Целью работы было создание репрезентативной по полу, возрасту и образованию и представляющей различные регионы России выборки апробации. К данному моменту в исследовании приняли участие 1254 человека. Исключение испытуемых, не ответивших более чем на 5% всех пунктов (29 и более пунктов), сократило выборку до 1237 испытуемых, описание выборки представлено в таблице 3. В связи с частым отказом мужчин и лиц старшего возраста (старше 60 лет) от заполнения объемной методики во всех регионах отмечается преобладание в выборке женщин и лиц младше 60 лет. По указанным причинам в настоящее время сбор данных продолжен и представленные ниже результаты являются предварительными.

Ниже представлены результаты, соответствующие проверке *функциональной, метрической и шкальной эквивалентности* русскоязычной версии ММРІ-2 оригинальной англоязычной (американской) версии.

**Таблица 3**

Описание выборки апробации

Критерии	Описание
ВСЕГО (N)	1237 человека
Город / регион	Барнаул – 232 человека (18,8%) Москва – 205 человек (16,6%) Пермь – 169 человек (13,7%) Петропавловск-Камчатский – 278 человек (22,5%) Тверь – 153 человека (12,4%) Томск – 200 человек (16,2%)
Пол	281 (22,7%) мужчины 940 (76,0%) женщины 16 (1,3%) не указали
Возраст	18–19 лет – 124 человека (10,0%) 20–29 лет – 526 человек (42,5%) 30–39 лет – 197 человек (15,9%) 40–49 лет – 189 человек (15,3%) 50–59 лет – 74 человека (6,0%) 60+ лет – 20 человек (1,6%) Не указали – 107 (8,6%)
Семейный статус	476 (38,6%) не состояли в браке 390 (31,5%) состоят в браке в настоящее время 65 (5,3%) в разводе 304 (24,6%) не указали
Образование	Среднее – 121 (9,8%) человек Среднее специальное – 350 (28,3%) человек Студенты – 329 (26,6%) человек Высшее – 348 (28,1%) человек Не указали – 89 (7,2%) человек

## Результаты

### Функциональная эквивалентность

Для проверки функциональной эквивалентности чаще всего проводится сопоставление внутренней согласованности (надежности) шкал страны, на язык которой осуществляется перевод, и страны-создателя инструмента [Van de Vijver, Poortinga, 1982]. Помимо этого, об эквивалентности

свидетельствуют близкие паттерны корреляций между шкалами и факторные структуры в обеих странах [Poortinga, 1989].

На первом этапе работы была оценена внутренняя согласованность шкал (альфа Кронбаха). Соответствующие показатели для мужчин и женщин в США и России для шкал валидности, клинических шкал, контентных и дополнительных шкал представлены в таблицах 4а–4в соответственно. Во-первых, как показано в таблице 4а, альфа Кронбаха для всех шкал валидности и клинических шкал соответствуют оригинальной версии (в том числе низкая согласованность шкал *Hu*, *Mf*, *Pa* и *Ma*) и варьируют от минимально допустимых до высоких.

**Таблица 4а**

Внутренняя согласованность клинических шкал (альфа Кронбаха)

Шкала	Мужчины США		Женщины США		Мужчины РФ		Женщины РФ	
	n	$\alpha$	n	$\alpha$	n	$\alpha$	n	$\alpha$
FI	Not reported		Not reported		276	0,82	900	0,80
BF	1106	0,72	1411	0,75	279	0,85	901	0,84
FP	Not reported		Not reported		279	0,64	917	0,61
L	Not reported		Not reported		276	0,59	945	0,59
K	Not reported		Not reported		279	0,74	914	0,69
S	Not reported		Not reported		278	0,83	906	0,81
Hs	1116	0,77	1432	0,81	278	0,78	934	0,79
D	1095	0,59	1374	0,64	273	0,65	903	0,65
<i>Hu</i>	1095	0,58	1378	0,56	272	0,59	925	0,62
<i>Pd</i>	1063	0,60	1345	0,62	276	0,63	918	0,62
<i>Mf</i>	1056	0,58	1342	0,37	275	0,56	913	0,40
<i>Pa</i>	1097	0,34	1407	0,39	276	0,53	908	0,60
<i>Pt</i>	1099	0,85	1421	0,87	276	0,87	910	0,86
<i>Sc</i>	1076	0,85	1370	0,86	271	0,89	893	0,89
<i>Ma</i>	1062	0,58	1347	0,61	270	0,63	920	0,60
<i>Si</i>	1070	0,82	1345	0,84	273	0,84	900	0,79

Во-вторых, близкая картина наблюдается в отношении большинства контентных шкал (табл. 4б), хотя показатели по шкалам обсессивности, депрессии, цинизма, антисоциальных практик, низкой самооценки, поведения типа А и отрицательных индикаторов лечения снижены по сравнению с данными США. Поскольку контентные шкалы разрабатывались на основе экспертного выделения критериев того или иного феномена (и, соответственно, зависели от того, как представлен феномен в данном обществе), мы относим этот результат за счет специфики культуры, которая может определять содержание тех или иных особенностей в России.

**Таблица 4б**

Внутренняя согласованность контентных шкал (альфа Кронбаха)

Шкалы	Мужчины США		Женщины США		Мужчины РФ		Женщины РФ	
	n	$\alpha$	n	$\alpha$	n	$\alpha$	n	$\alpha$
ANX	1115	0,82	1435	0,83	276	0,82	900	0,80
FRS	1126	0,72	1425	0,75	279	0,85	901	0,84
OBS	1114	0,74	1430	0,77	279	0,64	917	0,61



DEP	1099	0,85	1409	0,86	276	0,59	945	0,59
HEA	1112	0,76	1430	0,80	279	0,74	914	0,69
BIZ	1120	0,73	1431	0,74	278	0,83	906	0,81
ANG	1117	0,76	1426	0,73	278	0,78	934	0,79
CYN	1091	0,86	1393	0,85	273	0,65	903	0,65
ASP	1104	0,78	1411	0,75	272	0,59	925	0,62
TPA	1113	0,72	1407	0,68	276	0,63	918	0,62
LSE	1104	0,79	1426	0,83	275	0,56	913	0,40
SOD	1113	0,83	1404	0,84	276	0,53	908	0,60
FAM	1090	0,73	1391	0,77	276	0,87	910	0,86
WRK	1095	0,82	1384	0,84	271	0,89	893	0,89
TRT	1094	0,78	1396	0,80	270	0,63	920	0,60

В-третьих, показатели по дополнительным шкалам варьируют от низких до высоких – но, тем не менее, они полностью соответствуют показателям США, подтверждая функциональную эквивалентность шкал. Единственное исключение составляет шкала доминантности (Do), надежность которой в российской выборке как у мужчин, так и у женщин существенно ниже, чем в оригинале. Поскольку это отдельное частное исключение, оно, по всей видимости, обусловлено не особенностями перевода методики, а особенностями проявления соответствующей черты в российской культуре или особенностями принятого понимания и отношения к доминантности. Проверка этой гипотезы требует дальнейших узконаправленных исследований.

#### Таблица 4в

Внутренняя согласованность дополнительных шкал (альфа Кронбаха)

Шкалы	Мужчины США		Женщины США		Мужчины РФ		Женщины РФ	
	n	$\alpha$	n	$\alpha$	n	$\alpha$	n	$\alpha$
A	1096	0,89	1410	0,90	277	0,90	909	0,88
R	1109	0,67	1395	0,57	280	0,70	908	0,61
Es	1092	0,60	1378	0,65	277	0,71	902	0,69
Do	1108	0,74	1406	0,79	277	0,46	904	0,40
Re	1098	0,67	1411	0,61	276	0,60	931	0,63
Mt	1089	0,84	1375	0,86	281	0,85	906	0,83
PK	1096	0,85	1409	0,87	278	0,87	911	0,86
MDS	1113	0,61	1425	0,68	279	0,64	939	0,63
Ho	1045	0,87	1327	0,85	279	0,80	899	0,81
O-H	1098	0,34	1402	0,24	276	0,35	907	0,28
MAC-R	1079	0,56	1383	0,45	276	0,53	903	0,47
AAS	1121	0,61	1433	0,60	282	0,60	941	0,51
APS	1077	0,48	1360	0,43	276	0,42	907	0,41
GM	1085	0,67	1398	0,75	276	0,79	902	0,75
GF	1069	0,57	1386	0,57	278	0,58	920	0,63

На втором этапе работы был проведен анализ компонент с использованием сырых показателей по

трем шкалам валидности и десяти клиническим шкалам (без коррекции на основе шкалы К). Тот же набор шкал был использован при факторном анализе американских данных, что позволило нам сопоставить обе версии [Butcher, Han, 1996]. В оригинальной версии были выделены четыре шкалы: общей патологии (общей дезадаптации), подавления (гиперконтроля), социальной интроверсии и маскулинности-фемининности. Анализ русскоязычных данных (с варимакс-вращением) позволил выявить близкую факторную структуру, объясняющую 77,0% дисперсии данных (табл. 5).

**Таблица 5**

Факторные нагрузки трех шкал валидности и десяти клинических шкал русскоязычной версии ММРІ-2 (N = 1237)

Шкалы ММРІ-2	Компоненты			
	Общая психопатология	Маскулинность – фемининность	Подавление (гиперконтроль)	Социальная интроверсия
L	-0,06 (-0,11)	-0,04 (-0,57)	<b>0,80 (0,48)</b>	0,06 (0,11)
F	<b>0,85 (0,79)</b>	-0,06 (-0,01)	-0,09 (0,00)	0,25 (0,11)
K	-0,35 (-0,55)	-0,09 (-0,05)	<b>0,72 (0,71)</b>	<b>-0,36 (-0,12)</b>
Hs	<b>0,57 (0,70)</b>	<b>0,61 (-0,01)</b>	-0,02 (0,21)	0,23 (0,34)
D	0,30 ( <b>0,42</b> )	<b>0,57 (0,08)</b>	0,17 (0,30)	<b>0,61 (0,72)</b>
Hu	<b>0,35 (0,16)</b>	<b>0,79 (0,15)</b>	0,31 ( <b>0,85</b> )	-0,11 (0,10)
Pd	<b>0,74 (0,68)</b>	0,23 (0,31)	0,06 (0,20)	0,14 (-0,28)
Mf	-0,11 (0,05)	<b>0,72 (0,83)</b>	-0,27 (0,13)	0,19 (0,11)
Pa	<b>0,74 (0,41)</b>	0,26 ( <b>0,46</b> )	-0,08 ( <b>0,37</b> )	0,10 (-0,01)
Pt	<b>0,58 (0,77)</b>	0,29 (0,26)	<b>-0,48 (-0,31)</b>	<b>0,46 (0,31)</b>
Sc	<b>0,82 (0,87)</b>	0,14 (0,23)	<b>-0,36 (-0,21)</b>	0,30 (0,13)
Ma	<b>0,64 (0,59)</b>	-0,14 (0,05)	<b>-0,51 (-0,19)</b>	<b>-0,32 (-0,66)</b>
Si	0,23 (0,29)	0,08 (0,05)	-0,11 ( <b>-0,35</b> )	<b>0,91 (0,79)</b>
Собственные значения	<b>5,653</b>	<b>2,113</b>	<b>1,279</b>	<b>0,957</b>

*Примечания.* Жирным шрифтом выделены факторные нагрузки, превышающие 0,35 по модулю. Факторные нагрузки, полученные для американских данных, указаны в скобках.

Факторные нагрузки по первому компоненту почти полностью повторяют американские данные с небольшими вариациями, касающимися снижения нагрузки по шкалам К, D и Pt и нарастания нагрузки по шкале Pa.

Второй компонент характеризуется высокой нагрузкой по Mf шкале и может быть описан как фактор маскулинности – фемининности. Следует, однако, отметить важную особенность. Собственное значение этого компонента в российской выборке выше, чем в американской, а сам компонент включает с высокими нагрузками шкалы ипохондрии, депрессии и истерии – т.е. шкалы «депрессивной триады». В американской факторной структуре ни в одной компоненте нет такого паттерна нагрузок. Можно предположить, что маскулинность – фемининность в российской культуре связана с «депрессивной триадой» – хотя это предположение требует дальнейших исследований.

Третий компонент (подавление) включает шкалы L, K, Hu. По сравнению с оригинальными данными шкала Pa не вошла ни в этот, ни в компонент фемининности-маскулинности, что свидетельствует о том, что для жителя России проявления паранойи ближе к общей психопатологии. Интересно, что шкала Ma вкладывается в этот компонент, позволяя предположить, что мания, согласно российским данным, связана в большей степени не с социальной экстраверсией, а с трудностями контроля.

Четвертый фактор соответствует социальной интроверсии и, в полном соответствии с американскими данными, включает шкалы Si и D.

В целом полученные данные свидетельствуют о функциональной эквивалентности русскоязычной версии ММРІ-2 англоязычному оригиналу как с точки зрения надежности-согласованности шкал, так и в отношении факторной структуры.

## Метрическая эквивалентность: соответствие пунктов

Соответствие частот ответа «Верно» на каждый из пунктов ММРІ-2 между оригинальной и адаптируемой версиями нередко рассматривается как свидетельство метрической эквивалентности методик [Butcher, 1996]. Метрическая эквивалентность анализировалась двумя способами.

1. Во-первых, в соответствии с рекомендациями Дж.Бутчера [Butcher, 1996], проводился расчет количества и процента пунктов, на которые российские респонденты отвечают «Верно» так же, более или менее часто по сравнению с американскими респондентами (табл. 6). В частности, подсчитывалось количество пунктов, частота согласия с которыми в России полностью соответствует американским данным (расхождение 0), количество пунктов, по которым расхождение не превышает 5%, не превышает 10% и т.д. Как показано в таблице 6, в большинстве случаев российские респонденты отвечают на пункты так же, как и американские: типичные расхождения составляют 0–15%. Не отмечается выраженных гендерных различий в этих показателях. В целом ответы российских и американских респондентов согласованы (корреляции составляют 0,80 для женщин и 0,86 для мужчин), подтверждая метрическую эквивалентность русскоязычной версии оригиналу.

2. Во-вторых, с формальной точки зрения в этом случае рекомендуется расчет критерия хи-квадрат Пирсона по каждому пункту методики – при этом значимость критерия свидетельствует о различиях в частотах ответов между оригинальной и адаптируемой версиями. Однако с ростом объема выборки повышается вероятность того, что критерий окажется значимым даже при минимальных различиях – в связи с этим рекомендуется дополнять такого рода оценку расчетом величины статистического эффекта, позволяющего учесть объем выборки исследования [Field, 2005]. Эта закономерность получила подтверждение и в нашем исследовании: если доверять исключительно критерию хи-квадрат, пункты методики должны быть признаны культурно-специфичными или не соответствующими оригинальной версии в 75% случаев для мужчин и в 85% случаев для женщин. Дополнение критерия оценкой статистического эффекта существенным образом изменяет картину. Для критерия хи-квадрат Пирсона величина статистического эффекта  $r$  рассчитывается как корень квадратный из частного критерия и общего количества испытуемых. По существующим договоренностям размер статистического эффекта считается низким при  $r = 0,10–0,30$ , средним при  $r = 0,30–0,50$  и высоким при  $r$ , превышающем 0,50 [Field, 2005]. Для подавляющего большинства пунктов статистический эффект различия в частотах ответов между российскими и американскими респондентами низок – как в выборке мужчин, так и в выборке женщин (табл. 6). Лишь по одному пункту у мужчин и по пяти пунктам у женщин наблюдаются расхождения в ответах россиян и американцев, статистический эффект по которым высок. Таким образом, полученные данные также свидетельствуют в пользу метрической эквивалентности методики оригиналу.

### Таблица 6

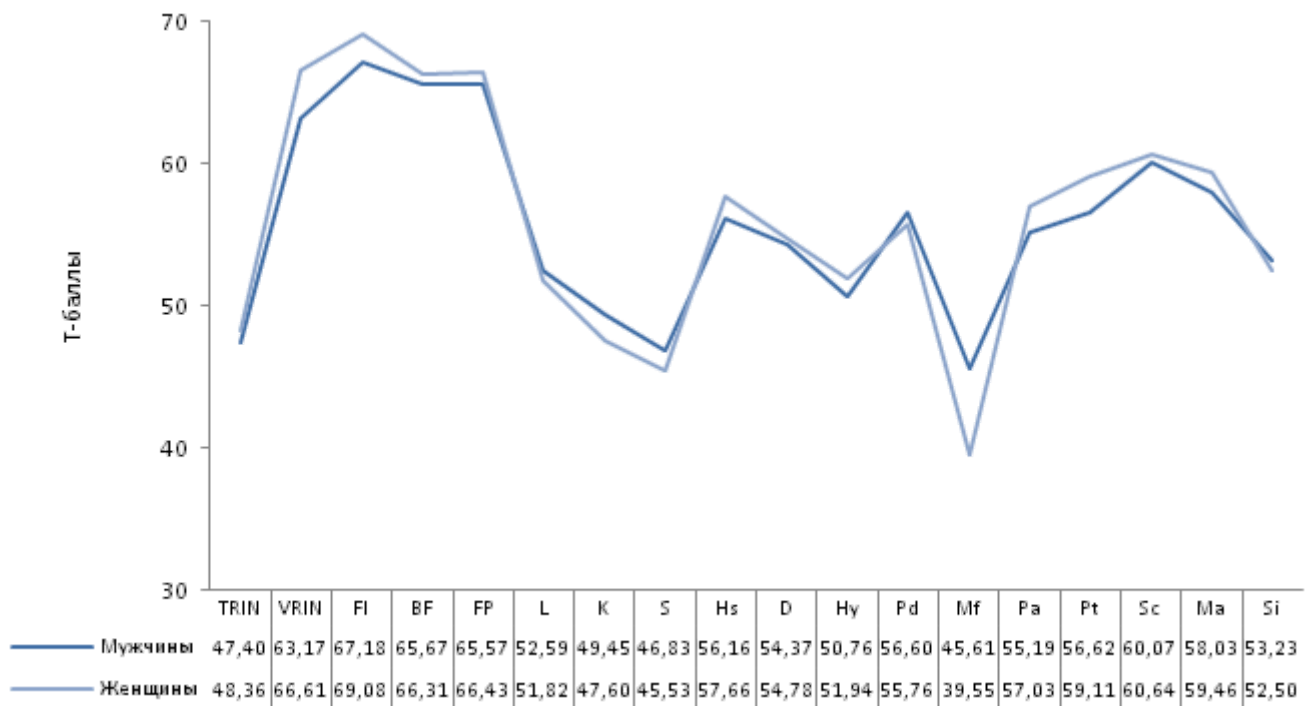
Различия в частотах ответов на пункты ММРІ-2 у российских респондентов по сравнению с американскими респондентами

Интервалы различия между частотами ответов на пункты, характерные для российских и американских респондентов	Женщины (N = 940)		Мужчины (N = 281)	
	Количество пунктов	Процент	Количество пунктов	Процент
0	9	1,6	12	2,1
1–5	142	25,0	156	27,5
6–10	137	24,2	135	23,8
11–15	91	16,0	104	18,3

16–20	61	10,8	61	10,8
21–25	46	8,1	41	7,2
26–30	29	5,1	28	4,9
30 и более	52	9,2	30	5,3
Уровень значимости хи-квадрат Пирсона (df = 1) $p < 0,05$	483 (85,0%)		428 (75,4%)	
Величина статистического эффекта $r < 0,30$	541 (95,4%)		502 (88,5%)	
Величина статистического эффекта $0,30 < r < 0,50$	25 (4,4%)		60 (10,6%)	
Величина статистического эффекта $r > 0,50$	1 (0,2%)		5 (0,9%)	
Корреляция между процентом ответов «Верно» в российской и американской выборках	0,80		0,84	

### Шкальная эквивалентность: средний профиль по шкалам валидности и клиническим шкалам

Шкальная эквивалентность является одним из наиболее жестких требований при проверке эквивалентности и подразумевает, что представители разных стран, заполняя две разные версии методики, будут иметь одни и те же средние значения – один и тот же усредненный профиль. Для проверки шкальной эквивалентности сырые баллы российских мужчин и женщин были переведены в Т-баллы, основываясь на американских нормах. В случае полной шкальной эквивалентности среднее по всем шкалам в российской выборке должно составлять 50 баллов. Как показано на рисунке 1, можно говорить о шкальной эквивалентности нашей версии оригиналу: российские показатели по всем клиническим шкалам, а также шкалам коррекции TRIN, L, K и S не превышают одного стандартного отклонения от 50 баллов как для мужчин, так и для женщин. Различия касаются шкал аггравации и шкалы VRIN, по которым наблюдается подъем в пределах двух стандартных отклонений. Это означает как большую склонность испытуемых к аггравации, так и более частые непоследовательные ответы, основанные на случайном выборе (в отличие от систематических соглашательских ответов, которые измеряются шкалой TRIN). Как показал более глубокий анализ данных, подъем отмечался систематически: он был близок для шкал FI, VF, FP, не различался в группах мужчин и женщин и не коррелировал с возрастом испытуемых. По всей видимости, речь идет о черте, специфической для российской культуры, – склонности к чрезмерным жалобам и аггравации симптомов.



**Рис. 1.** Средние значения по шкалам ММРІ-2 в российской выборке при использовании американских норм.

## Выводы

Данная работа посвящена сопоставлению второй версии методики ММРІ и ее первой версии, а также существующих русскоязычных модификаций и описанию результатов первичной апробации методики. Показаны явные преимущества второй версии, выражающиеся в сопоставимости с оригиналом, надежности, валидности и репрезентативности полученных данных и дополнительном широком круге диагностических возможностей, открывающихся за счет включения контентных, дополнительных и реструктурированных шкал, а также дополнительных шкал оценки валидности.

В целом полученные в ходе апробации результаты свидетельствуют о функциональной и метрической эквивалентности, а также – с некоторыми оговорками – шкальной эквивалентности русскоязычной версии ММРІ-2 американскому оригиналу. Различия обусловлены большей склонностью российских испытуемых предъявлять жалобы и проявлять непоследовательность в ответах по сравнению с американскими гражданами. Эти особенности не зависели от пола, региона проживания и возраста испытуемых. Мы предполагаем, что речь идет о специфике, связанной с влиянием культуры и принятых в культуре представлений, которые требуют дальнейших исследований. Дальнейшая работа будет связана как с продолжением апробации в норме, так и с проверкой дифференциальных возможностей ММРІ-2 при психических заболеваниях.

### Выражение признательности

Авторы благодарны следующим участвовавшим в сборе и подготовке данных сотрудникам, аспирантам и студентам: Москва – Захарова М.А., Жукова Ю.А., Шашкина Д.А.; Томск – Перова О.В.; Пермь – Зубакин М.В., также декану факультета психологии Тверского филиала Московского гуманитарно-экономического университета кандидату психологических наук Козлову С.А. за обеспечение возможности сбора данных в Твери.

### Финансирование

Исследование выполнено при поддержке Российского фонда фундаментальных исследований, проект №12-06-00403.

## Литература

Березин Ф.Б., Мирошников М.П., Соколова Е.Д. Методика многостороннего исследования личности (ММИЛ): структура, основы интерпретации, некоторые области применения. М.: Фолиум, 1994.

Собчик Л.Н. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности СМИЛ (ММПИ) Практическое руководство. М.: Речь, 2007.

Butcher J.N. International adaptations of the MMPI-2: Research and clinical applications. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press, 1996.

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.

Butcher J.N., Han K. Methods of establishing cross-cultural equivalence. In: International Adaptations of the MMPI-2. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press, 1996. pp. 44–66.

Caprara G.V., Barbaranelli C., Borgogni L., Perugini M. The "big five questionnaire": a new questionnaire to assess the five factor model. *Personality and Individual Differences*, 1993, 15(3), 281–288.

Cloninger C.R., Przybeck T.R., Svrakic D.M., Wetzel R.D. The Temperament and Character Inventory (TCI). St.Louis, Missouri: Center for Psychobiology of Personality, 1994.

Field A. *Discovering statistics using SPSS*. Second edition. London: Sage Publications, 2005.

Hathaway S.R., McKinley J.C. *The Minnesota Muhiphasic Personality Inventory*. New York: The Psychological Corporation, 1943.

Loevinger J. *Technical Foundations for Measuring Ego Development: The Washington University Sentence Completion Test*. Washington: Mahwah, 1998.

Poortinga Y.H. Equivalence of cross cultural data: an overview of basic issues. *International Journal of Psychology*, 1989, 24(6), 737–756.

Tellegen A., Ben-Porath Y.S., McNulty J.L., Arbisi P.A., Graham J.R., Kaemmer B. *The MMPI-2 Restructured Clinical scales: Development, validation, and interpretation*. Minneapolis: University of Minnesota Press, 2008.

Van de Vijver F.J.R., Poortinga Y.H. Cross-cultural generalization and universality. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 1982, 13(4), 387–408.

## **Примечания**

[1] Во избежание недоразумений, связанных с различными переводами как названия оригинальной методики, так и названиями двух русскоязычных модификаций, далее используется аббревиатура ММПИ (ММПИ-2).

[2] Более полное описание реструктурированных шкал не входит в задачи данной статьи, поскольку требует дальнейших исследований и верификации на основе русскоязычной версии

Поступила в редакцию 21 декабря 2012 г. Дата публикации: 20 июня 2013 г.

## Сведения об авторах

*Рассказова Елена Игоревна.* Кандидат психологических наук, доцент, факультет психологии, Московский государственный университет имени М.В.Ломоносова, ул. Моховая, д. 11, стр. 9, 125009 Москва, Россия.

Е-mail: [l\\_rasskazova@yahoo.com](mailto:l_rasskazova@yahoo.com)

*Богомаз Сергей Александрович.* Доктор психологических наук, профессор, зав. кафедрой организационной психологии, факультет психологии, Томский государственный университет, пр. Ленина, д. 36, 634050 Томск, Россия.

Е-mail: [bogomazsa@mail.ru](mailto:bogomazsa@mail.ru)

*Дорфман Леонид Яковлевич.* Доктор психологических наук, профессор, зав. кафедрой психологии и педагогики, Пермская государственная академия искусства и культуры, ул. Газеты «Звезда», д. 18, 614000 Пермь, Россия.

Е-mail: [dorfman07@yandex.ru](mailto:dorfman07@yandex.ru)

*Леонтьев Дмитрий Алексеевич.* Доктор психологических наук, профессор, факультет психологии, Московский государственный университет имени М.В.Ломоносова, ул. Моховая, д. 11, стр. 9, 125009 Москва, Россия.

Е-mail: [dleon@smysl.ru](mailto:dleon@smysl.ru)

*Неяскина Юлия Юрьевна.* Кандидат психологических наук, доцент кафедры теоретической и прикладной психологии, психолого-педагогический факультет, Камчатский государственный университет имени Витуса Беринга, ул. Пограничная, д. 4, 683032 Петропавловск-Камчатский, Россия.

Е-mail: [neyaskinaju@yandex.ru](mailto:neyaskinaju@yandex.ru)

*Сулимина Оксана Владимировна.* Преподаватель, факультет психологии, Московский гуманитарно-экономический институт, Тверской филиал, ул. Дмитрия Донского, д. 37, 170006 Тверь, Россия.

Е-mail: [sulimina\\_oxana@mail.ru](mailto:sulimina_oxana@mail.ru)

*Четошникова Екатерина Викторовна.* Кандидат психологических наук, доцент, институт психологии и педагогики, Алтайская государственная педагогическая академия, ул. Молодежная, д. 55, 656049 Барнаул, Россия.

Е-mail: [chetoshnikova@mail.ru](mailto:chetoshnikova@mail.ru)

### [Ссылка для цитирования](#)

Стиль psystudy.ru

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 ММРІ-2. Психологические исследования, 2013, 6(29), 2. <http://psystudy.ru>

Стиль ГОСТ

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 ММРІ-2 // Психологические исследования. 2013. Т. 6, № 29. С. 2. URL: <http://psystudy.ru> (дата обращения: чч.мм.гггг).

[Описание соответствует ГОСТ Р 7.0.5-2008 "Библиографическая ссылка". Дата обращения в формате "число-месяц-год = чч.мм.гггг" – дата, когда читатель обращался к документу и он был доступен.]

Адрес статьи: <http://psystudy.ru/index.php/num/2013v6n29/827-rasskazova29.html>

[К началу страницы >>](#)