

**МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**  
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего  
образования

**«Красноярский государственный педагогический университет  
им. В.П. Астафьева»**

(КГПУ им. В.П. Астафьева)

Институт социально-гуманитарных технологий

Кафедра специальной психологии

Королева Юлия Владимировна

**МАГИСТЕРСКАЯ ДИССЕРТАЦИЯ**

**ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ЛИЧНОСТНОЙ СФЕРЫ ЛИЦ С  
НЕВРОТИЧЕСКИМИ И НЕВРОЗОПОДОБНЫМИ РЕАКЦИЯМИ, КАК  
КРИТЕРИИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ**

Направление: 37.04.01 Психология

направленность (профиль) образовательной программы Психологическая помощь в  
кризисных и чрезвычайных ситуациях

**Допускаю к защите:**

Заведующий кафедрой

д.м.н., профессор Шилов С.Н.

(ученая степень, ученое звание, фамилия, инициалы)

*Шилов*

(дата, подпись)

Руководитель магистерской программы

д.м.н., профессор Шилов С.Н.

(ученая степень, ученое звание, фамилия, инициалы)

*Шилов*

(дата, подпись)

Научный руководитель

д.м.н., профессор Кожевникова Т.А.

(ученая степень, ученое звание, фамилия, инициалы)

*Кожевникова*

(дата, подпись)

Обучающийся Королева Ю.В.

(фамилия, инициалы)

*Королева*

*1.12.2017*

(дата, подпись)

Красноярск 2017

## Содержание:

Введение.....	3
1. МЕХАНИЗМЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ НЕВРОТИЧЕСКИХ И НЕВРОЗОПОДОБНЫХ РАССТРОЙСТВ И СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ИССЛЕДОВАНИЙ В ЭТОЙ ОБЛАСТИ.....	5
1.1. Структура эмоционально – личностной сферы.....	5
1.2. Теоретические сведения и механизмы возникновения невротических и неврозоподобных расстройств.....	10
1.3. Современное состояние исследований в области дифференциальной диагностики невротических и неврозоподобных расстройств.....	27
2. ОРГАНИЗАЦИЯ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	29
3. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	38
Заключение.....	58
Выводы.....	62
Список литературы.....	66
Приложения.....	70

## ВВЕДЕНИЕ

Современное общество немислимо без стрессовых воздействий и необходимости адекватного реагирования на изменяющуюся обстановку. Очевидно, что длительно существующий стресс оказывает отрицательное влияние на психологическое состояние человека.

Актуальность настоящего исследования обусловлена тем, что в современной российской действительности анализ природы социогенных влияний и механизмов личностного реагирования на них приобретает важнейшее значение, особенно в рамках превентивной психиатрии (Семке В.Я., 1999; Аксенов М.М., 2015; Куприянова И.Е., 2002).

Происходящий в настоящее время рост числа пограничных состояний во многом определяется социально-экономическими преобразованиями в обществе, что приводит к формированию «ноогенных» неврозов и личностных девиаций (Александровский Ю.А., 2000; Аксенов М.М., 2013). Среди факторов, способствующих личностной дезинтеграции, следует иметь в виду значительное расслоение населения, усложняющиеся межличностные (в том числе этнические) конфликты, экологическое неблагополучие, семейно-бытовую неустроенность (Карвасарский Б.Д., 2016).

В связи с чем, дальнейшая разработка методов диагностики невротических и неврозоподобных расстройств, базирующихся на принципах клинической психологии и способствующих повышению социальной реадaptации пациентов с пограничными расстройствами, заслуживает особого внимания.

Учитывая данные ряда авторов (Менделевич В.Д., 1999; Залевский Г.В., 2002; Александровский Ю.А., 2005), согласно которым 80% всех выявленных больных страдают именно пограничными формами нервно-психической патологии. Н-обходимость психопрофилактики этой патологии в охране психического здоровья нации становится очевидной.

Различные стрессовые ситуации и экстремальные воздействия ведут к дестабилизации психических функций организма, которые проявляются как на

донозологическом уровне в неспецифических экстранозологических реакциях психической адаптации-дезадаптации, так и на нозологическом уровне пограничных психических расстройств, клинические формы которых отличаются всевозрастающим многообразием (Александровский Ю.А., 2000; Семке В.Я., 1999).

**Цель исследования:** выявить особенности эмоционально – личностной сферы лиц с невротическими и невротоподобными расстройствами как критерий дифференциальной диагностики.

**Задачи исследования:**

1. Исследовать особенности эмоционально – личностной сферы тестируемых, страдающих невротическими расстройствами.
2. Определить характерные особенности эмоционально – личностной сферы тестируемых, страдающих невротоподобными расстройствами.
3. Сопоставить выявленные особенности эмоционально – личностной сферы при невротических и невротоподобных расстройствах
4. Разработать психологические критерии дифференциальной диагностики эмоционально-личностной сферы для невротических и невротоподобных расстройств.

**Объект:** особенности эмоционально – личностной сферы пациентов с невротическими и невротоподобными расстройствами.

**Предмет:** психологические особенности эмоционально – личностной сферы пациентов с невротическими и невротоподобными расстройствами.

**Гипотеза:** Выявленные психологические особенности при невротических и невротоподобных расстройствах в эмоционально – личностной сфере тестируемых, можно рассматривать как критерии дифференциальной диагностики

# ГЛАВА 1. МЕХАНИЗМЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ НЕВРОТИЧЕСКИХ И НЕВРОЗОПОДОБНЫХ РАССТРОЙСТВ И СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ИССЛЕДОВАНИЙ В ЭТОЙ ОБЛАСТИ

## Глава 1.1. Структура эмоционально – личностной сферы.

Эмоции (от лат. *emovere* — волновать, возбуждать) — особый класс психических процессов и состояний (человека и животных), связанных с инстинктами, потребностями, мотивами и отражающих в форме непосредственного переживания (удовлетворения, радости, страха и т. д.) значимость действующих на индивида явлений и ситуаций для осуществления его жизнедеятельности. Сопровождая практически любые проявления активности субъекта, эмоции служат одним из главных механизмов внутренней регуляции психической деятельности и поведения, направленных на удовлетворение актуальных потребностей [34].

Эмоции – это более древняя («первичная») форма отражения, и как таковая, эмоции несут на себе печать глубинных связей со сферой потребностей и желаний человека. И эта тесная связь с потребностями - важнейшая характеристика эмоций. Качественная специфичность эмоций во многом зависит от той потребности, на базе которой они формируются (П.В. Симонов, 1970, 1975, 1981; М. Н. Русалова, 1979; и др.).

Эмоции - "внутренний регулятор" деятельности (А.Н. Леонтьев, 1975). Однако функцию регуляции поведения эмоции выполняют не прямо, а через мотивы, причем нередко мотивы собственного поведения остаются для человека неосознанными. Эта особенность эмоциональных явлений - их тесная связь со сферой бессознательного - также составляет важнейшую специфику эмоций [49].

Одной из важнейших характеристик эмоций является их связь с познавательными процессами. Изучение связи между эмоциональными и познавательными процессами восходит еще к трудам Л.С. Выготского и других классиков советской психологии. В 1934 г. Л.С. Выготский писал "Кто оторвал

мышление с самого начала от аффекта, тот навсегда закрыл себе дорогу к объяснению причин самого мышления". А.Н. Леонтьев (1971) подчеркивал, что эмоции выражают оценочное, личностное отношение к существующим или возможным ситуациям, к себе и к своей деятельности. О единстве аффективного и интеллектуального как существенной характеристики самих эмоций писал С.Л. Рубинштейн (1946), считавший, что эмоции как таковые обуславливают, прежде всего, динамическую сторону познавательных функций, тонус, темп деятельности, ее "настроенность" на тот или иной уровень активации; действие эмоций может быть как стеническим, усиливающим, так и астеническим, понижающим; причем если в норме сознательная познавательная интеллектуальная деятельность тормозит эмоциональное возбуждение, придавая ему, направленность и избирательность, то при аффектах, при сверхинтенсивном эмоциональном возбуждении избирательная направленность действий нарушается и возможна импульсивная непредсказуемость поведения.

Единой общепринятой теории эмоций на данный момент не существует, она заменена многочисленными подходами к их изучению, классификации, детерминированию. В отечественной психологии можно выделить следующие подходы.

С позиции деятельностной обусловленности всех психических явлений эту проблему разрабатывали А.Н. Леонтьев, В.К. Вилюнас, О.К. Тихомиров. В этом отношении эмоции можно характеризовать как внутренние регуляторы деятельности.

А.Н. Леонтьев указывает, что особенность эмоций состоит в том, что они непосредственно отражают отношения между мотивами и реализацией отвечающей этим мотивам деятельности. При этом в качестве регуляторов деятельности выступают не просто эмоции, а «значимые переживания», отражающие личностный смысл выполняемой деятельности. Эмоции осуществляют положительное и отрицательное подкрепление не отдельных

этапов деятельности, а общего соотношения достигнутых в деятельности результатов с ее мотивами и целями..

Эмоции представляют собой сложные системные психологические образования, включенные в различные виды психической деятельности и базирующиеся на разных потребностях. Качественная специфичность эмоций во многом зависит от тех потребностей, на базе которых они формируются. Человеку кроме относительно элементарных эмоций, связанных с витальными потребностями, присущи и сложные, социально опосредованные эмоции, формирующиеся на базе социальных потребностей.

В соответствии с представлениями таких авторов, как Л.С. Выготский, С.Л. Рубинштейн, В.К. Вилюнас, одной из самых важных характеристик эмоций является их связь с познавательными процессами. В своих работах Л.С. Выготский указывает на необходимость изучения взаимосвязи «аффекта и интеллекта». В работах С.Л. Рубинштейна, В.К. Вилюнаса и других авторов сформулированы общие положения о неразрывном единстве эмоций и познания, согласно которым в различных видах познавательной деятельности, направленных на отражение объективной реальности, эмоции выполняют оценочную и побудительную функции, отвечая за пристрастность познавательной деятельности и ее целенаправленность. Поэтому в любой деятельности (мнестической, гностической, интеллектуальной) эмоции выступают как мотивирующие, запускающие компоненты этой деятельности и в то же время контролируют, регулируют ее протекание в соответствии с той потребностью, с которой она связана.

Из других направлений в отечественной психологии можно упомянуть П.К.Анохина, К.В. Судакова, подходивших к проблеме эмоции с точки зрения общей теории функциональных систем, а также П.В. Симонова, рассматривавшего эмоции в рамках информационного подхода.

И.П. Павлов различал врожденные эмоции, связанные с удовлетворением или неудовлетворением врожденных потребностей и инстинктов, и приобретенные (по механизму условных рефлексов) эмоции,

направленные на удовлетворение приобретенных потребностей. У человека как социального даже элементарные эмоции – продукт социально-исторического развития, в процессе которого формируется культура эмоций.

В современной психологии принято выделять основные (или базальные) и высшие эмоции. Согласно К.Изарду, к числу базальных эмоций относятся радость, горе, страх, гнев, интерес, отвращение, презрение, удивление, стыд, вина. Другие авторы называют меньшее количество базовых эмоций, причем общепризнанного списка базальных эмоций не существует. Эти эмоции рассматриваются большинством авторов как врожденные, присущие всем, независимо от национальной или половой принадлежности, возраста или культуры. Их рассматривают как некие межкультурные феномены.

По Ч. Дарвину зачатки базальных эмоций есть и у животных. Базальные эмоции являются важнейшими средствами невербальной коммуникации. В процессе социокультурного развития на основе базальных эмоций формируется сложный многокомпонентный комплекс высших эмоций, эмоциональных явлений и состояний, объединенных в единую эмоционально-личностную сферу, имеющую сложную мозговую организацию.

Понятие «эмоционально – личностная сфера» является очень расплывчатым, и в литературе чаще всего отсутствует четкое представление о психологической структуре "эмоционально-личностной сферы" или хотя бы о ее основных параметрах. В этом вопросе мы придерживаемся, мнения Хомской Е.Д., которая считает что эмоционально – личностная сфера включает в себя такие эмоциональные явления как эмоциональная реакция (или эмоциональный процесс), эмоциональные состояния и эмоционально-личностные качества. Эмоциональная реактивность – это кратковременный ответ на то или иное воздействие, имеющий преимущественно ситуативный характер, эмоциональные состояния в большей степени отражают общее отношение человека к окружающей ситуации, к самому себе, и больше связаны с его личностными характеристиками. К эмоционально – личностным качествам относятся те личностные качества человека, которые отражают его

эмоциональные особенности – оптимизм, пессимизм, смелость, трусливость, агрессивность. Некоторые авторы в эмоционально – личностную сферу, помимо перечисленных составляющих, включают «эмоциональный тон ощущений». Но мы будем придерживаться первоначального варианта структуры эмоционально – личностной сферы. Нас интересуют такие аспекты эмоционально – личностной сферы как эмоциональные состояния, личностные черты, отношение к окружению и собственным состояниям.

## **Глава 1.2. Теоретические сведения и механизмы возникновения невротических и неврозоподобных расстройств.**

Невротические и неврозоподобные расстройства являются аспектом малой психиатрии и относятся к пограничным нервно – психическим расстройствам. В развитии учения о невротических расстройствах можно проследить различные направления и подходы.

Понятие «невроз» было введено в 1776 году шотландским врачом W. Gullen, определившим это заболевание как «расстройство ощущений и движений, которое не сопровождается лихорадкой и не зависит от местного поражения какого - либо органа, а обусловлено общим состоянием, от которого специально зависит движение и мысль». В 19 веке к неврозам стали относить все заболевания невыясненной этиологии, в частности, эпилепсию, гиперкинезы, тетанию, катаплексию (Pinel Ph., 1809; Axengeld A., Nuchard H., 1883). Однако уже во второй половине 19 века наступил период сужения круга состояний, относимых к неврозам за счет выделения из их первоначально обширной группы органических поражений мозга в связи с накоплением знаний об их истинной природе.

Учение о невротических расстройствах исторически характеризовалось двумя тенденциями. Одни исследователи исходили из признания того, что существование невротических феноменов полностью детерминировано определенными патологическими механизмами чисто биологической природы, хотя и не отрицают роли психической травмы в качестве пускового механизма и возможных условий возникновения заболевания (Sorel L., 1865; Федоров А. П., 1982; Захаржевский В. Б. и соавт., 1989). В этом направлении предприняты исследования электрофизиологических параметров: ЭЭГ, соматосенсорных ВП, контингентного негативного отклонения; нейроэндокринного статуса, состояния нейрогуморальных регуляторных механизмов и других физиологических показателей, которые позволили выявить нарушения гомеостаза интегративного характера (Дюкова Г. М., 1977; Ушаков Г. К., 1978;

Липгарт Н. К., Радченко В. И., 1982; Аллахвердиев А. Р., 1988; Молла-Заде А. Н., 1990). Последователи второй тенденции в изучении природы невротических расстройств исходили из предположения о том, что вся клиническая картина невроза может быть выведена из одних лишь психологических механизмов (Положий Б. С, 1985; Морозов Г. В., 1988; Мясищев В. Н., 1990). В данной парадигме выполнены работы, направленные на изучение интрапсихического конфликта и механизмов психологической адаптации при невротических нарушениях.

Концепций, теорий и подходов, описывающих механизмы возникновения невротических расстройств существует множество, вот некоторые из них. Представители психоаналитического подхода, разработанного S. Freud (1911, 1923), рассматривают невроз как психическое заболевание в результате внутреннего конфликта между бессознательным и сознанием. Представители гуманистического психоанализа считают, что невроз - это проявление конфликта между внутренними человеческими потребностями и внешней социальной средой, побуждающей к принятию определенных социальных норм, препятствующих реализации внутренних потенций (Добренькое В. И., 1974; Fromm E., 1947). Экзистенциальная концепция рассматривает неврозы как состояние экзистенциальной фрустрации при неудовлетворенности потребности в смысле жизни (Frankl V. E., 1956). Представители гештальт – психологии определяют невроз как состояние нарушения целостности личности и задержки личностного роста опосредованно через определенные социогенетические механизмы (проекция, интроекция и др.) (Perls F., Hefferline P., 1951; Perls F., 1969). Бихевиоризм рассматривает невротические расстройства как результат неправильного научения и формирования, таким образом, неадаптивного поведения (Eysench Н., Rachman S., 1972; Wolpe J., 1973,1980). В контексте психологии деятельности (Леонтьев А. Н., 1975; Зейгарник Б. В., 1976; Сталин В. В., 1983; Василюк Ф. Е.. 1984) невротические расстройства рассматриваются как

следствие рассогласованности мотивов, ценностей, целей с требованиями среды и внутренними ресурсами человека.

Другой отечественный представитель, Мясищев В.Н., рассматривает невроз как психогенное заболевание, в основе которого лежит внутриличностный конфликт, нерационально разрешенный или вовсе не разрешенный, «нерационально и непродуктивно разрешенное противоречие между личностью и значимыми для нее сторонами действительности, вызывающее для нее болезненно тягостные переживания». Основные клинические формы неврозов он связывал с внутриличностными конфликтами, и понимал их как зафиксированные механизмы болезненного восприятия и переработки жизненных трудностей, переживаемых человеком. В соответствии с этими основными формами невроза он описывает три типа психологических конфликтов: неврастенический, истерический и обсессивно-психастенический [35].

Особенностью современного подхода к вопросу изучения невротических состояний является представление об их полифакторной природе. Сторонники этого подхода исходят из того, что в формировании невроза как психогенного заболевания диалектически взаимодействуют биологические, психологические и социальные механизмы, что существенно расширяет границы понимания механизмов образования пограничных расстройств (Александровский Ю.А., 2000; Карвасарский Б.Д., 1995; Семке В.Я., 2003 и др.).

В общих чертах понятия невротические расстройства или невроз, и неврозоподобные расстройства можно определить следующим образом:

«Невроз – это психогенное (как правило, конфликтогенное) нервно – психическое расстройство, которое возникает в результате нарушения особенно значимых жизненных отношений человека, проявляется в специфических клинических проявлениях состоящих в доминировании эмоционально-аффективных и соматовегетативных расстройств при отсутствии психотических явлений» (Карвасарский Б.Д.,1990). Неврозоподобное

расстройство или состояние характеризуется, прежде всего, как психопатологическое состояние, по своим клиническим проявлениям напоминающие невроты, однако их симптоматика обусловлена не психогенией, а эндо, экзо - или соматогенными факторами.

Вместе с тем, Александровский Ю. А. в своих работах говорит о том, что не стоит утверждать вторичность психогении при невротоподобных расстройствах. Автор допускает вероятность того, что психотравмирующая ситуация, равно как и другие этиологические факторы может выступать в качестве первопричины возникновения невротоподобных расстройств. При этом Александровский делает акцент на том, что не столько важно определение первопричины в этиологии заболевания, сколько осознание того, что здесь задействованы все факторы: и социальные и психологические и биологические [4].

В пользу такого мнения можно привести результаты, произведенные на основе клинико-катамнестических исследований Семке В.Я., и его коллег (1971), которые определили влияние соматических погрешностей на динамику личностных девиаций. По их мнению, «Соматогенная астения, ослабляя адаптационные функции организма, содействовала фиксации и утяжелению невротического и патохарактерологического состояния, вызванного психогенной вредностью. В некоторых случаях такого рода сочетание психогенных и соматогенных влияний составляло основную картину развития невроза или декомпенсации психогении. В целом отношение психогенных и соматогенных факторов на нашем многолетнем материале доказывает их сложный и многогранный характер» [39].

С теоретико-методологических, валеопсихологических и клинико-динамических позиций можно выделить следующие варианты этих взаимоотношений:

- хроническая психогения способна вызывать органические соматические изменения (Мясищев В.Н., 1967; Muller-Hegemann D., 1968);

- психогения предрасполагает к действию других патогенных вредностей (алкоголь, травма, инфекция и т.д.) и выступает в роли своеобразного сенсibilизатора, способствуя развитию патологических сдвигов в центральной нервной системе и внутренних органах;

- психогенное воздействие способствует дальнейшему развитию и утяжелению уже имевшегося соматического заболевания. В этих случаях истерические особенности обуславливали патологическую фиксацию отдельных проявлений болезни, задерживая окончательное выздоровление;

- соматическая болезнь приводит к перестройке личности, облегчая «проведение» психогенных влияний и содействуя формированию различных невротических состояний. Под влиянием соматической астенизации могут появляться эмоциональные сдвиги (конфликтность, эгоцентризм и др.), которые значительно затрудняют социальную адаптацию пациентов;

- психогенным путем провоцируются дотолле скрытые соматогенные процессы; следует иметь в виду, что за ширмой истерических проявлений может длительное время развиваться тяжелое заболевание (Bleuler E., 1920).

Из указанных взаимовлияний психогенных и соматогенных факторов можно заметить, что спор о первопричине одного из них является по-прежнему открытым.

Александровский Ю. А. обозначает необходимость поиска ответов как минимум на три вопроса, которые должны прояснить многое в проблеме этиологии и диагностики невротоподобных расстройств: 1) какова роль соматогении в развитии и стабилизации имеющегося у больного невротического симптомокомплекса (имеется ли прямая или опосредованная причинно-значимая взаимосвязь); 2) имеется или отсутствует индивидуально значимая для больного психогения, возникла ли она вследствие соматического заболевания или лишь обострилась на фоне соматогении; 3) какова личностная реакция больного на свое соматическое заболевание?

Отвечая на эти вопросы, уверен автор, всякий раз можно убедиться в справедливости единства биологических и социально-психологических

механизмов «сомы» и «психики» в происхождении как собственно психопатологических, так и соматических расстройств. Эти механизмы определяют некий «заколдованный круг», к движению по которому «первичный импульс» может исходить из любой составляющей его части – биологической (эндогенной или экзогенной) или социально-психологической (психогенной). Это говорит о необходимости комплексного подхода к построению индивидуального терапевтического плана при том или ином заболевании у каждого конкретного больного. Наряду с этим интегрирование заболевшим человеком биологического и социально-психологического свидетельствует об условности терминологических различий понятий «соматопсихическое» и «психосоматическое». С практической точки зрения в первом случае понимаются психические расстройства (преимущественно невротической структуры), сформировавшейся на базе (иногда вследствие) соматогении, во втором – преимущественно соматические нарушения, возникшие как бы вторично, вслед за психическими (главным образом психогенными) расстройствами. Разница в понимании психосоматических и соматопсихических расстройств определяется скорее стремлением к выделению акцентов в оценке состояния и исследовательским «вкусом», а не принципиальным разделением двух групп болезненных состояний.

На разных этапах развития болезненного состояния биологические и социально-психологические компоненты нередко взаимно компенсируют изменения каждого из них. Нарушение психической адаптации вследствие, например, психического стресса, может компенсироваться возникновением соматического заболевания, которое позволит человеку покинуть и/или приостановить психотравмирующую ситуацию. В этом случае можно говорить о телесном (соматизированном) способе реагирования на значимую жизненную ситуацию, т.е. о болезни как о механизме совладания. Однако возможна и иная, чаще встречающаяся ситуация, особенно в случае длительно или повторяющегося стресса, когда к психической травме присоединяется

соматическое недомогание, которое в силу интоксикационных процессов, оказывает дополнительное патогенное действие на психическую деятельность человека. В любом случае восприятие им реальности становится искаженным, что отражается на поведении, а значит и на взаимоотношениях с окружающим миром, т.е. развивается социальная дезадаптация больного.

И тот и другой способ реакции человека на психологические и соматические вредности можно определить термином психосоматика или психосоматическое расстройство. Этот термин имеет весьма широкое значение, но мы придерживаемся, мнения Смулевич А. Б., который определяет его как: «Психосоматические расстройства — группа болезненных состояний, возникающих на основе взаимодействия психических и соматических факторов и проявляющихся соматизацией психических нарушений, психическими расстройствами, отражающими реакцию на соматическое заболевание, или развитием соматической патологии под влиянием психогенных факторов»[44]. Такое понятие подтверждает еще раз тесную связь психики и соматики, и основанных на их взаимовлиянии психических расстройств.

Появление психосоматического способа реагирования можно объяснить через концепцию стадий стресса и его действия на организм человека. Здесь важно включить понятие клинической динамики пограничных расстройств. Под клинической динамикой понимается диагностический принцип, о котором пишет Менделевич В.Д. Альтернатива «реакция-состояние-развитие» является одной из важных при феноменологическом анализе психологического состояния обследуемого. Она позволяет ввести в этот анализ параметры стимула и реакции, внешнего и внутреннего. При этом оценка психологического феномена строится на основании оценки конгруэнтности или неконгруэнтности приведенных параметров. Этот принцип-альтернатива, также как другие, позволяют использовать многомерный подход, что позволяет корректно подойти к ответу на многие диагностические вопросы. К примеру, как можно оценить в традиционных общемедицинских категориях болезни-здоровья следующее наблюдение: у ребенка на фоне повышенной температуры,

вызванной инфекционным заболеванием, возник впервые в жизни развернутый судорожный припадок, который впоследствии в течение полугода не повторялся. Позволительно ли назвать состояние ребенка болезненным, диагностировать эпилепсию и ответить на вопрос здоров он или болен, нуждается в назначении антиконвульсантов или не нуждается?

Подобная постановка вопроса при феноменологическом подходе не корректна. Поскольку она носит характер контрастности, одномерности. Для правильного ответа на подобный вопрос необходим анализ в рамках принципа «реакция-состояние-развитие».

Психической реакцией в клинической психологии называется кратковременный (не дольше 6 месяцев) ответ на какую-либо ситуацию или внешнее воздействие. Психическим состоянием обозначается стойкий психопатологический синдром без склонности к развитию или регрессу (длительностью более 6 месяцев). Под психическим развитием понимается патологический процесс с внутренними закономерностями симптомообразования.

В такой системе координат оценка психического здоровья ребенка, перенесшего судорожный приступ (из приведенного выше примера), может быть основана на том, что судорожный припадок был единственным, причинно связанным с экзогенным (внешним) воздействием гипертермией и, следовательно, должен трактоваться как эпилептическая реакция. Следует иметь в виду, что сборное понятие «эпилепсия» в контексте принципа-альтернативы «реакция-состояние-развитие» феноменологически может быть представлено эпилептической реакцией, эпилептическим состоянием (болезнью) и эпилептическим развитием (изменениями личности или иными психическими расстройствами). Подобная трактовка распространяется на целый ряд психопатологических нарушений: реакцией, состоянием или развитием могут быть невротические симптомы (невротическая ситуационная реакция, невроз, невротическое развитие личности), шизофрения, особенно в

западной психиатрической традиции (шизофреническая реакция, шизофренический психоз).

Е.К. Краснушкин (1999) делит психогенные реакции, на фоне которых формируются неврозы, на три типа: 1) реакции «глубинной личности» (по Krause), когда «психическое переживание доходит до сомы, и мозг вторично оказывается вовлеченным в процесс остальной физической личности. Это — интерхарактерологические реакции, и связи их должны отыскиваться по внепсихическим путям... Образцом их являются шоковые катастрофные и некоторые эксплозивные реакции»; 2) истерические реакции (три типа — шизоидия, синтония, эпилептоидия); 3) экзогенные реакции.

Важно подчеркнуть, что спустя 60 лет, в 1989 г., выступая на VIII Всесоюзном съезде невропатологов, психиатров и наркологов с докладом, посвященным патоморфозу и динамике невротических состояний, Н.Д. Лакосина (с соавт.) среди важнейших показателей патоморфоза невротических нарушений обратила внимание на то, что Е.К. Краснушкин назвал реакцией состояния, «когда психическое переживание доходит до сомы». Вследствие этого, по мнению Н.Д. Лакосиной, происходит соматизация клинических проявлений неврозов, при которых вегетативные дисфункции как бы определяют «видимый спектр» невротических проявлений, делая менее значимыми клинические различия между формами неврозов [27].

Проявления невротических состояний становятся возможными только при биологической недостаточности функциональных возможностей центральной нервной системы. Именно это Lopus Ivor (1974) назвал физиодинамической основой невроза, а В. Fernandes (1967) — его биогенетическими факторами. Не случайно неврологический анализ, несмотря на отсутствие необходимой тонкости и точности, обнаруживает у больных неврозами микроорганическую симптоматику значительно чаще по сравнению с контрольной группой здоровых обследуемых. Данные же

электроэнцефалографического исследования больных невротиками, как уже отмечалось, в подавляющем числе случаев указывают на определенную, хотя иногда и не выраженную, дисфункцию у них гипоталамических структур мозга. Исходя из этого, можно предполагать, что ослабление активности именно неспецифических структур головного мозга и является органической базой любого невротического состояния. В известной мере это подтверждается данными специальных неврологических исследований А.М. Вейна и его сотрудников, а также существующими представлениями о «точке приложения» действия транквилизаторов в системе ретикулярной формации.

Еще один диагностически значимый принцип звучит как адаптация-дезадаптация, компенсация-декомпенсация.

Принципы-альтернативы «адаптация-дезадаптация» и «компенсация-декомпенсация» дают возможность рассматривать психические расстройства в связи с их влиянием на социально-психологические функции. Они позволяют оценивать степень совладания с имеющимися нарушениями, что позволяет определять тактику психиатрического воздействия и выбор методов терапии и профилактики.

Адаптация — это процесс приспособления организма или личности к изменяющимся условиям и требованиям окружающей среды.

Компенсация — состояние полного или частичного возмещения (замещения) нарушенных в связи с болезнью психических функций.

Два приведенных параметра близки по сути, но имеют некоторые отличительные черты. Так, при адаптации происходит как бы «смирение» с новым болезненным статусом, приспособление к нему, выработка положительного отношения к имеющимся расстройствам, «мирное сосуществование» с психопатологическими симптомами. При компенсации происходит замещение утраченных психических функций иными приемлемыми для личности и организма, т.е. не смирение (как при адаптации), а активное преодоление.

В психиатрической практике адаптация выглядит так: пациент нормально работает, проживает в семье, считается окружающими «психически нормальным», однако при этом он может испытывать на себе воздействие галлюцинаторных образов, к которым у него есть критика, и которые не сказываются на его поведении, что нередко наблюдается при синдроме вербального галлюциноза. При компенсации человек, к примеру, с олигофренией замещает «умственный дефект» тем, что трудится на доступном его пониманию освоению производственном процессе или занимается еще чем-нибудь, что ему удастся. При психопатии компенсация может быть достигнута при выборе сферы деятельности, в которой базовые черты характера человека задействованы в полной мере (к примеру, работа эпилептоидного психопата бухгалтером) [33].

И при неврозах и при неврозоподобных состояниях возможно сочетание психологических физиологических факторов, однако соотношение между ними в этих двух группах болезней разные. Отправной точкой научных исследований в данном направлении служит высказывание П.Б. Ганнушкина (1933): «Психическая реакция на любое соматическое страдание всегда имеет место. Более того, эта реакция двоякая: во-первых, соответствует той соматической болезни, которая в данном случае имеет место, т.е. соответствует той жизненной опасности, с которой сопряжена болезнь, а следовательно, соответствует тому страху за свою жизнь, который возникает у каждого больного; во-вторых, что гораздо важнее, эта реакция соответствует той психической конституции, которая в данном случае имеет место» [4] .

Что касается факторов этиологии в возникновении невротических расстройств, авторами выделяются следующие.

Из этиологических факторов биологической природы Карвасарский Б.Д. выделяет такие как частота нервно-психических заболеваний у родственников больных неврозами; наследование основных процессов высшей нервной деятельности и других нейрофизиологических характеристик. Из этиологических факторов психологической природы, такие как преморбидные

особенности личности, психические травмы детского возраста, психотравмирующие ситуации и условия их патогенности. Из этиологических факторов социальной природы выделяет такие как родительская семья, некоторые особенности сексуального воспитания, семейное положение, образование, профессия и трудовая деятельность. [20]

Семке В.Я. и его коллеги работают в рамках концепции качества жизни. Он выделяет три основных момента играющих роль в возникновении невротических расстройств: сама психогения (социогения), личностная predisпозиция, социально-психологическая характеристика ближайшего окружения. На практике речь идёт, прежде всего, о силе, продолжительности и специфике неблагоприятного патогенного фактора; во-вторых, о преморбидной личностной структуре (здоровой, гармоничной, сбалансированной или же акцентуированной, невротической, патохарактерологической); в-третьих, об оздоравливающем (саногенном) и деструктивном (патогенном) влиянии микро- и макросоциума [39].

В работах О. В. Кербикова (1947) можно проследить попытку проанализировать взаимосвязь между психической травматизацией в годы Великой Отечественной войны и распространённостью неврозов. Тем самым он хотел показать, что возникновение невротических расстройств обусловлено не только личностью, но и атмосферой в обществе [23].

Особую роль в формировании нарушений психического здоровья играют психотравмирующие ситуации. Г.К. Ушаков (1987) классифицирует психические травмы по интенсивности: массивные (катастрофические), ситуационные острые (утрата социального престижа), пролонгированные ситуационные (трансформирующие условия многих лет жизни), пролонгированные ситуационные (стойкое психическое перенапряжение, истощение) [47]. Автор подчеркивает значимость актуальности психической травмы для личности. В.Н. Мясищев (1960) подразделяет психические травмы на объективно-значимые (с высоким уровнем значимости для большинства людей) и условно-патогенные (переживания, связанные с особенностями

иерархии ценностей отдельного человека). В.Д. Менделевич (1999) выдвигает антиципационную концепцию невротогенеза. Психотравма рассматривается им как результат неспособности личности предвосхищать ход событий и конструировать собственное поведение во фрустрирующих ситуациях [33].

Еще один фактор участвующий в формировании невротических расстройств - это личностный фактор – как ответ индивидуума на неблагоприятные воздействия окружающей среды. Еще в 1911 г. Р. Janet отмечал, что все невротические расстройства являются нарушением приспособляемости к новым внешним и внутренним обстоятельствам, обнаруживаемым «в моменты, когда индивидуальная и социальная эволюция становится наиболее трудной». При этом в первую очередь страдают тонкие и высокоспециализированные особенности личностной индивидуальной приспособляемости (самоконтроль, самооценка и т.д.).

Помимо социальных и личностных особенностей в возникновении неврозов большую роль играют и соматические факторы в самом широком смысле. Теоретически чем сильнее соматически болен человек, тем больше он раним и тем больше вероятность возникновения у него неврозов. Тем более, что всякая соматическая болезнь это в той или иной степени является психической травмой. Чтобы соматический фактор способствовал появлению невроза, нужен не он сам по себе, а группа факторов, среди которых соматическая ослабленность играет какую-то роль, но далеко не главенствующую [39].

Александровский Ю.А., в качестве основных этиологических и патогенетических звеньев, которые определяют включение симптоматики невротического уровня рассматривает следующие: к экзогенным факторам он относит психогении, интоксикации, и травмы головы; к эндогенным факторам от относит функциональные состояния организма, генетические особенности, и личностно-типологические особенности [3].

Среди выделенных разными исследователями факторов возникновения невротических расстройств, нет одного, единственного фактора, который мог бы вызвать невроз - есть лишь сочетание их, причем зачастую выделить самый

решающий невозможно. Психическая травма чаще всего является лишь пусковым механизмом или провоцирующим моментом, но не единственной причиной невроза. Однако главное в клинической картине невроза и, стало быть, диагностике этого расстройства, независимо от роли психической травматизации, это форма и степень переживания больными своего психического расстройства, т. е. не анамнестические сведения, перевешивают чашу весов в пользу диагностики невроза, а клинические проявления.

Ряд авторов выделяет качественные характеристики личности, которые характеризуются как неврозогенные, к ним относятся: повышенная тревожность, импульсивность, сензитивность, тревожность, ригидность, выраженное чувство ответственности, соперничества и конкуренции (Залевский Г.В., 1990; Девицкий С.Б., 1996; Семке В.Я., 2001). По мнению Г.К. Ушакова (1997), именно эти черты личности играют ведущую роль в развитии срывов психического здоровья и формируют общий конгломерат невротических характеристик, названных им «гиперпсихией». Тревога, как стрессогенный фактор, сенсibiliзирует психоэмоциональную сферу и затем формирует длительное психоэмоциональное напряжение, что ведет к срыву адаптационных механизмов и развитию невротических расстройств (Уманский С.М., 1991). Личностные факторы усиливаются специфической производственной деятельностью, связанной с повышенной ответственностью, информационной перегрузкой, эмоциональной напряженностью (Семке В.Я., Положий Б.С., 1990). Мотивационные конфликты, связанные с «фрустрационной напряженностью», и конфликты интимно-личностного характера описывались Ф.Б. Березиным (1988) как специфические личностные стрессоры.

Таким образом, причудливое взаимодействие социально-экономических и природных факторов, перманентные конфликты макро- и микросоциума, дисгармоничные взаимоотношения на уровне организма («психика-тело»), чрезвычайная изменчивость и многообразие условий деятельности современного человека, высокая интеллектуальная насыщенность труда – все

это предъявляет повышенные требования к приспособляемости человека. Клинические проявления дезадаптации проявляются в континууме «здоровье-болезнь» через систему донозологических состояний, включающих психоадаптационный и психодезадаптационный синдромы (Семке В.Я., Аксенов М.М., 1995), и обоснованно приводят к развитию невротических расстройств.

Вероятно, что структура невротических состояний, составляющих раздел F4 МКБ-10, зависит от преимущественного вклада того или иного патогенного фактора. Естественным образом можно предположить, что тревожно-фобические, обсессивно-компульсивные и диссоциативные расстройства связаны в большей степени с особенностями личности, системой психологического и биологического дизонтогенеза. Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации зависят от преимущественного вклада психогенного фактора; соматоформные расстройства определяются соматогенными нарушениями. Вклад того или иного фактора может быть различным во временном континууме, так как современный период общественного развития связан с массивными социальными преобразованиями и требует определенной пластичности личностных черт [39].

Любая болезнь нарушает привычные контакты человека с окружающим, снижает возможности трудовой деятельности или вообще делает невозможным ее продолжение, нередко лишает человека прежних реальных перспектив и вызывает необходимость перестройки всей личностной ориентации. Все это подвергает серьезным испытаниям систему адаптированной психической деятельности, наносит дополнительный «удар» по барьеру психической адаптации заболевшего человека. При этом затрагивается не только сенситивный, но и интеллектуальный «уровень внутренней картины болезни» (Лурия Р.А., 1928), включающий размышления самого больного о болезни, его самооценку и реакцию на возникшее состояние. В зависимости от особенностей личности больного реальный ущерб, принесенный болезнью в его жизнь, может им либо преуменьшаться, либо преувеличиваться. В каждом из этих случаев,

как правило, удается проследить выраженное в разной степени и отмечаемое временное или достаточно стойкое изменение социальных связей заболевшего человека. Учет этого имеет большое значение как при постановке диагноза, так и при определении наиболее адекватного плана лечебно- и социально-компенсирующих мероприятий.

На основе тщательного анализа историй болезни Семке В.Я. и Куприянова И.Е. выявили значительную соматическую патологию, которая тесно связана с проблемами психического здоровья и носит отягощающий коморбидный характер. Коморбидные соматические расстройства у женщин: 2,0 % – без соматической патологии; 44,2 % – сердечно-сосудистые расстройства; 2,0 % – бронхолегочные заболевания; 24,2 % – желудочно-кишечная патология; 15,2 % – урогенитальные заболевания; 12,4 % – микстные расстройства. Коморбидные соматические расстройства у мужчин: 3,5 % – без соматической патологии; 50 % – сердечно-сосудистые расстройства; 2,8 % – бронхолегочные заболевания; 36 % – желудочно-кишечная патология; 4 % – урогенитальные заболевания; 3,7 % – микстные расстройства [26].

Опыт работы сотрудников Всесоюзного научно-методического центра пограничной психиатрии в общесоматических стационарах, обобщенный во многих публикациях и методических рекомендациях, показал, что среди пациентов терапевтических отделений многопрофильных соматических стационаров психогенные (невротические) реакции наблюдаются в 12,6 % случаев, неврозы и невротические развития личности – в 7,8 %, неврозоподобные расстройства при соматических заболеваниях – в 10,1 %. Среди пациентов неврологических отделений многопрофильных больниц неврозоподобные расстройства (при сосудистых, инфекционных, травматических поражениях головного мозга) отмечены в 7,3 % случаев .

Данные, полученные различными исследователями в ходе работы с пациентами, страдающими соматическими заболеваниями, свидетельствует о том, что среди клинических вариантов пограничных психических расстройств довольно часто при соматических заболеваниях отмечаются

психогенные (невротические) реакции на сам факт соматического страдания с преимущественно неврастенической, истерической или обсессивно-фобической симптоматикой. При длительном, хроническом течении соматических расстройств у больных наблюдаются стабилизация невротической симптоматики, формирование неврозов (состояний), а затем и невротических развитий личности. При этом, как правило, сохраняется и развивается (усложняется) структура психопатологического синдрома, который был лишь намечен в первый период возникновения невротической реакции. Эта динамика определяется, с одной стороны, психотравмирующими факторами и личностными особенностями больного, с другой – закономерностями течения основного болезненного процесса, в той или иной степени изменяющего психическую деятельность. Необходимость пребывания в стационаре, соблюдения постельного режима, изменение в связи с болезнью привычного образа жизни, по сути, играют роль психогенных (зачастую хронических) воздействий, в значительной мере обуславливающих развитие психопатологических расстройств. Однако в большинстве случаев здесь четко выявляется также недостаточность (органическая или функциональная) различных органов и систем, что независимо от психогенных переживаний больного ведет к определенной перестройке организма.

Общим в клинической картине у всех подобных больных является наличие психической астенизации. Картина имеющихся соматических проявлений как бы «окрашивается» астенической симптоматикой, являющейся неотъемлемой частью основного болезненного процесса и выражающейся в повышенной утомляемости, дневной сонливости, адинамии, аффективной лабильности, раздражительности, вспыльчивости, гиперестезии, ослаблении внимания и памяти. Эти расстройства нередко сочетаются с головной болью, головокружением, шумом в ушах, вазовегетативными нарушениями (тахикардия, усиленная потливость, колебания артериального давления, вегетосудистые пароксизмы).

### **Глава 1.3 Современное состояние исследований в области дифференциальной диагностики невротических и невротоподобных расстройств.**

Тема пограничных нервно-психических расстройств обусловлена их возрастающим многообразием и распространенностью в современном обществе, а также в рамках развивающейся превентивной психологии, целью которой является своевременная профилактика разнообразных расстройств, сохранение и поддержание психического здоровья нации.

Исследования в области пограничных расстройств имеют место быть, и разнообразие их заключается как в исследовании отдельных, узких тем, так и в широких обширных исследованиях в рамках научных диссертаций. Также на фоне глубоких исследований существует огромное количество монографий посвященных разнообразным аспектам, таким как психическая травма, психогения, освещенные в монографии Кровякова В.М. «Психическая травма, психогении в этиопатогенетических механизмах развития психических расстройств». Также существует масса исследований посвященных психическим расстройствам у соматических больных, одним из которых является исследование Н. М. Манухиной по проблеме социальной дезадаптации пациентов с соматическими заболеваниями как объект психологической коррекции. Собранные исследователем материалы подтверждают важность рассмотрения человека как единой био-психо-социальной системы при работе с невротоподобными расстройствами.

Врачами различных специальностей часто наблюдается возникновение невротоподобных расстройств при соматических заболеваниях. Кроме невротической реакции собственно на болезненное состояние, обусловленной преморбидными особенностями личности, у человека развивается астенизация

и повышенная утомляемость в результате патогенного действия конкретного заболевания. Она сопровождается повышенной психологической напряженностью, которая не позволяет больному адекватно реагировать на дополнительные психогенные воздействия. Изменяется эмоциональное состояние, влияющее на его субъективное отношение к действительности. "Как свидетельствуют многочисленные клинические наблюдения, "рассогласование" между имеющимися у человека стремлениями, представлениями, возможностями действия нередко приводит к появлению различных стенических и астенических эмоциональных расстройств. Наиболее часто отмечаются при этом страх, тоска, лабильность настроения, депрессия". [3]

Большинство авторов подчеркивают важность исследования именно эмоциональной сферы при пограничных расстройствах (Великанова Л.П., 2008; Уманский С.В., 2008), среди часто используемых методик выявляются метод многостороннего исследования личности (ММИЛ), восьмицветовой тест Люшера, всевозможные шкалы тревожности, тест диагностика межличностных отношений Т. Лири. Из исследований касающихся темы дипломной работы, можно выделить такие работы как: Уманский С.В., Томск 2008 «Динамика пограничных психических расстройств (клинический, прогностический, и синергетический подходы)»; Кожевников В.Н., Томск 2006 «Невротические и невротоподобные расстройства (клинико-патодинамический, реабилитационные и превентивные аспекты)»; Великанова Л.П., Москва 2008 «Донозологическая диагностика и профилактика пограничных нервно-психических расстройств. Сравнительно-возрастной аспект». Все эти работы объединяет глубокий анализ клинического материала исследования, рассмотрение пограничных расстройств с клинико-патодинамической позиции, что раскрывает диагностические, превентивные и реабилитационные аспекты этих состояний.

## ГЛАВА 2. ОРГАНИЗАЦИЯ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Работа проводилась на базе Красноярского краевого психоневрологического диспансера и ККБ№1. Всего в исследовании приняли участие 50 человек (43 женщины, 7 мужчин) в возрасте от 20 до 65 лет. Из них 15 больных с невротическими расстройствами тревожно-фобического типа (12 женщин, 3 мужчин, средний возраст –  $37,26 \pm 2,77$ ), 15 больных с соматогенными невротическими расстройствами, страдающие патологией желудочно-кишечного тракта (13 женщин, 2 мужчин, средний возраст –  $42,86 \pm 2,79$ ), и 20 здоровых испытуемых (контрольная группа) (18 женщин, 2 мужчин, средний возраст –  $22 \pm 0,31$ ).

Диагнозы были установлены и подтверждены специалистами Красноярского краевого психоневрологического диспансера в соответствии с МКБ-10.

Для выявления особенностей эмоционально – личностной сферы больных с невротическими и невротическими расстройствами были использованы следующие методики:

- 1) Многосторонний метод исследования личности ММИЛ – адаптированный тест ММРІ (Березина Ф.Б., 1999);
- 2) Методика определения индивидуальных копинг-стратегий Э. Хайма (2001);
- 3) Тест смысло-жизненных ориентаций (СЖО) (Леонтьева Д. А., 2000);
- 4) Методика оценки качества жизни «SF-36» (Орлов В. А., Гиляревский С. Р., 1992);

Результаты исследования были обработаны с использованием статистической программы SPSS 14.0: произведен расчет средних величин измеряемых характеристик (M), ошибки среднего (m); установление достоверности различий значений переменных по группам осуществлялось с использованием параметрического Т-критерия Стьюдента для независимых выборок.

Для исследования личностных особенностей мужчин и женщин мы использовали модифицированный опросник ММРІ, состоящий из 377 утверждений (Ф. Б. Березин и М. П. Мирошников, 1999).

Помимо 377 утверждений, методика содержит 13 шкал. Первые три из 13 шкал - оценочные. Они измеряют искренность испытуемого, степень достоверности результатов тестирования и величину коррекции, вносимую чрезмерной осторожностью. Остальные 10 шкал являются базисными и оценивают свойства личности.

Оценочные шкалы:

1. Шкала лжи (L) – оценивает искренность испытуемого;
2. Шкала достоверности (F) – выявляет недостоверные ответы;
3. Шкала коррекции (K) – сглаживает искажения, вносимые чрезмерной осторожностью и контролем испытуемого во время тестирования.

Базисные шкалы:

1 шкала – «невротического сверхконтроля» (ипохондри). Повышение в пределах 70-Тбаллов показатель зажатости, сверхконтроля, повышенной ориентации на нормативность в качестве устойчивого свойства личности, проявляющегося избыточным вниманием к отклонениям от нормального функционирования своего организма при дезадаптации (т.е. при повышении показателя данной шкалы выше 70 Т-баллов выявляются ипохондрические черты). Низкие показатели имеют противоположное значение, т.е. отражают отсутствие перечисленных особенностей личности и состояния.

2 шкала – «пессимистичности» (депрессии). Выявляет пассивность личностной позиции, неуверенность в своих силах, склонность к раздумью и самокритичности. Показатели выше 70Т-баллов указывают на депрессивное состояние обследуемого.

3 шкала – «эмоциональной лабильности» (истерии). Лица, у которых данная шкала является ведущей, отличаются демонстративностью, яркостью эмоциональных проявлений, неустойчивостью самооценки и чувствительностью к средовым воздействиям.

4 шкала – «импульсивности» (психопатии). Лица данного типа отличаются нетерпеливостью, склонностью к риску, отсутствием конформности. Высокие

показатели (выше 70Т) выявляют гипертимный (возбудимый) тип акцентуации, характеризующийся повышенной импульсивностью.

5 шкала - «мужественности—женственности» — предназначена для измерения степени идентификации обследуемого с ролью мужчины или женщины, предписываемой обществом.

6 шкала – «ригидности» (паранойи). В норме отражает склонность к педантизму, соперничеству и застреванию на негативных переживаниях, устойчивость интересов, стеничность установок, практичность и упорство. Повышенные показатели по этой шкале свидетельствуют о раздражительности, враждебности, паранойяльных тенденциях.

7 шкала – «тревожности» (психастении). Повышение данной шкалы в рамках нормативного разброса отражает неуверенность в себе, высокую чувствительность, нерешительность, зависимость от других и боязливость. Показатели выше 70Т-баллов отражают проблему выраженной психастенической акцентуации, преобладание тормозимых (гипостенических) черт, тревожное состояние в рамках невротических и невротоподобных расстройств.

8 шкала – «индивидуалистичности» (шизофрении). Личность данного типа отличается независимостью взглядов, избирательностью в контактах, склонностью к раздумьям, нестандартностью суждений и взглядов, что при высоких показателях проявляется как своеобразие интересов, непредсказуемость поступков, иррациональный подход к решению проблем, отрыв от реальности.

9 шкала – выявляет уровень «оптимистичности» (гипомании), и отражает стенический тип реагирования, активность позиции, уверенность в себе, высокий уровень жизнелюбия, позитивную самооценку. Показатели шкалы расположенные ниже 50Т-баллов, настораживают в плане снижения жизнелюбивых тенденций и общей активности.

0 шкала – выявляет уровень «интроверсии», и отражает комплексное снижение социальной поведенческой активности.

Для выявления индивидуального стиля совладания со стрессом была выбрана методика определения индивидуальных копинг-стратегий Э.Хайма. Она может использоваться в целях диагностики, как непродуктивных паттернов поведения, так и ресурсов личности.

Нами использовался преимущественно количественный анализ ответов. В ключе каждое утверждение связано с определенной копинг-стратегией. Если опрашиваемый выбирает конкретное утверждение как наиболее привычное для себя, предполагается, что соответствующая копинг-стратегия будет для него типичной. Стратегии совладания со стрессом могут быть: продуктивными, относительно продуктивными и непродуктивными. Копинг-стратегии делятся на три подгруппы: когнитивные, эмоциональные и поведенческие.

Работа испытуемых проводилась по следующей инструкции: «Вам будет предложен ряд утверждений, касающихся особенностей вашего поведения. Постарайтесь вспомнить, каким образом вы чаще всего разрешаете трудные и стрессовые ситуации высокого эмоционального напряжения. Обведите кружком тот номер, который вам подходит. В каждом разделе утверждений необходимо выбрать только один вариант, при помощи которого вы разрешаете свои трудности».

В ключе копинг-стратегии приведены в соответствии с утверждениями. В скобках даны обозначения: П – продуктивная копинг-стратегия (помогает быстро и успешно совладать со стрессом); О – относительно продуктивная копинг-стратегия (помогающая в некоторых ситуациях, например не очень значимых или при небольшом стрессе); Н – непродуктивная стратегия (не устраняет стрессовое состояние, напротив, способствует его усилению).

Для изучения особенностей смыслового состояния личности использовался тест смысло-жизненных ориентаций Леонтьева Д.А. Этот тест является адаптированной версией теста «Цель в жизни» (Purpose-in-Life Test, PIL) Джеймса Крамбо и Леонарда Махолика. Методика была разработана авторами на основе теории стремления к смыслу и логотерапии Виктора

Франкла (1990) и преследовала цель эмпирической валидации ряда представлений этой теории, в частности представлений об экзистенциальном вакууме и ноогенных неврозах.

Суть этих представлений заключается в том, что неудача в поиске человеком смысла своей жизни (экзистенциальная фрустрация) и вытекающее из нее ощущение утраты смысла (экзистенциальный вакуум) являются причиной особого класса душевных заболеваний — ноогенных неврозов. Адаптация русскоязычной версии РИЛ была выполнена К. Муздыбаевым. Версия Муздыбаева была взята за основу Д.А. Леонтьевым при разработке теста Осмысленности жизни (ОЖ), на базе которого в дальнейшем был создан опросник СЖО.

Оригинальная методика в ее окончательном варианте представляет собой набор из 20 пунктов, представляющих собой полярные суждения относительно "качеств жизни" испытуемого.

Тест смысложизненных ориентаций состоит из пяти субшкал и общего показателя:

1. **Общий показатель: "Осмысленность жизни"**: Характеризуется общим суммарным показателем по всем двадцати пунктам. Выражает общую осмысленность жизни.
2. **"Цели в жизни"**: Характеризует целеустремленность, наличие или отсутствие в жизни испытуемого целей в будущем, которые придают жизни осмысленность, направленность и временную перспективу.
3. **"Процесс жизни или интерес и эмоциональная насыщенность жизни"**: Определяет удовлетворенность своей жизнью в настоящем, восприятие процесса своей жизни как интересного, эмоционально насыщенного и наполненного смыслом. Содержание этой шкалы совпадает с представлением о том, что единственный смысл жизни состоит в том, чтобы жить.
4. **"Результативность жизни или удовлетворенность самореализацией"**: Измеряет удовлетворенность прожитой частью жизни, оценку пройденного

отрезка жизни, ощущение того, насколько продуктивна и осмысленна была прожитая ее часть.

5. "Локус контроля – Я (Я – хозяин жизни)": Характеризует представление о себе как о сильной личности, обладающей достаточной свободой выбора, чтобы построить свою жизнь в соответствии со своими целями и представлениями о ее смысле, контролировать события собственной жизни.

6. "Локус контроля – жизнь или управляемость жизни": Отражает убежденность в том, что человеку дано контролировать свою жизнь, свободно принимать решения и воплощать их в жизнь, убежденность в том, что жизнь человека подвластна сознательному контролю.

Вторая, третья и четвертая шкалы образуют смысложизненные ориентации: цели в жизни (будущее), насыщенность жизни (настоящее) и удовлетворенность самореализацией (прошлое). Две оставшихся шкалы характеризуют внутренний локус контроля как общее мировоззренческое убеждение в том, что контроль возможен, и собственную способность осуществлять такой контроль.

Таблица 1

**Средние значения и стандартные отклонения субшкал и общего показателя ОЖ.**

Субшкалы	Мужчины	Мужчины	Женщины	Женщины
	Среднее знач.	Стан. откл.	Среднее знач.	Стан. откл.
1. Цели	32,90	5,92	29,38	6,24
2. Процесс	31,09	4,44	28,80	6,14
3. Результат	25,46	4,30	23,30	4,95
4. ЛК - Я	21,13	3,85	18,58	4,30
5. ЛК - жизнь	30,14	5,80	28,70	6,10
Общий ОЖ	103,10	15,03	95,76	16,54

Интерпретация субшкал:

1. Цели в жизни: Баллы по этой шкале характеризуют наличие или отсутствие в жизни испытуемого целей в будущем, которые придают жизни осмысленность, направленность и временную перспективу. Низкие баллы по этой шкале даже при общем высоком уровне ОЖ будут присущи человеку, живущему

сегодняшним и вчерашним днем. Вместе с тем высокие баллы по этой шкале могут характеризовать не только целеустремленного человека, но и прожектора, планы которого не имеют реальной опоры в настоящем и не подкрепляются личной ответственностью за реализацию. Эти два случая несложно различить, учитывая показатели по другим шкалам СЖО.

2. Процесс жизни, или интерес и эмоциональная насыщенность жизни: Содержание этой шкалы совпадает с известной теорией о том, что единственный смысл жизни в том, чтобы жить. Этот показатель говорит о том, воспринимает ли испытуемый сам процесс своей жизни как интересный, эмоционально насыщенный и наполненный смыслом. Высокие баллы по этой шкале и низкие по остальным будут характеризовать гедониста, живущего сегодняшним днем. Низкие баллы по этой шкале – признак неудовлетворенности своей жизнью в настоящем; при этом, однако, ей могут придавать полноценный смысл воспоминания о прошлом или нацеленность в будущее.

3. Результативность жизни, или удовлетворенность самореализацией: Баллы по этой шкале отражают оценку пройденного отрезка жизни, ощущение того, насколько продуктивна и осмысленна была прожитая ее часть. Высокие баллы по этой и низкие по остальным будут характеризовать человека, который доживает свою жизнь, у которого все в прошлом, но прошлое способно придать смысл остатку жизни. Низкие баллы – неудовлетворенность прожитой частью жизни.

4. Локус контроля – Я (Я – хозяин жизни): Высокие баллы соответствуют представлению о себе как о сильной личности, обладающей достаточной свободой выбора, чтобы построить свою жизнь в соответствии со своими целями и представлениями о ее смысле. Низкие баллы – неверие в свои силы контролировать события собственной жизни.

5. Локус контроля – жизнь, или управляемость жизни: При высоких баллах – убеждение в том, что человеку дано контролировать свою жизнь, свободно принимать решения и воплощать их в жизнь. Низкие баллы – фатализм,

убежденность в том, что жизнь человека неподвластна сознательному контролю, что свобода выбора иллюзорна и бессмысленно что-либо загадывать на будущее [29].

Для субъективной оценки качества жизни испытуемых был использован одноименный опросник оценки качества жизни «SF-36». Эта методика была создана в 80-х годах (RAND Corporation, Santa Monica, USA), и считается «золотым стандартом» общих методик в медицине, валидность ее доказана многочисленными работами [36]. То есть, другими словами метод оценки КЖ, связанной со здоровьем позволяет оценить процессы адаптации человека любого возраста в условиях острых и хронических заболеваний. Опросник состоит из 11 разделов, результаты представляются в виде оценок в баллах по 8 шкалам, составленным таким образом, что более высокая оценка указывает на лучшее КЖ. Количественно оцениваются следующие показатели:

- 1) General Health (ОЗ) – общее состояние здоровья - оценка больным своего состояния здоровья в настоящий момент и перспектив лечения.
- 2) Physical Functioning (ФФ) – физическое функционирование, отражающее степень, в которой здоровье лимитирует выполнение физических нагрузок (самообслуживание, ходьба, подъем по лестнице, переноска тяжестей и т.п.).
- 3) Role-Physical (РФФ) - влияние физического состояния на ролевое функционирование (работу, выполнение будничной деятельности).
- 4) Role-Emotional (РЭФ) - влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование, предполагает оценку степени, в которой эмоциональное состояние мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности (включая увеличение затрат времени, уменьшение объема выполненной работы, снижение качества ее выполнения и т.п.).
- 5) Social Functioning (СФ) - социальное функционирование, определяется степенью, в которой физическое или эмоциональное состояние ограничивает социальную активность (общение).
- 6) Bodily Pain (Б) - интенсивность боли и ее влияние на способность заниматься повседневной деятельностью, включая работу по дому и вне дома.

7) Vitality (Ж) - жизнеспособность (подразумевает ощущение себя полным сил и энергии или, напротив, обессиленным).

8) Mental Health (ПЗ) - самооценка психического здоровья, характеризует настроение (наличие депрессии, тревоги, общий показатель положительных эмоций).

## ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

### 3.1. Результаты группы респондентов с невротическими расстройствами

В группе лиц с невротическими расстройствами были получены следующие результаты: по опроснику ММИЛ наблюдается повышение средних показателей базисных шкал (50-75 Т-баллов). В том числе, у 86,6% испытуемых (13 человек) выявилось завышение показателей шкал астенического регистра «Невротический сверхконтроль поведения» ( $72,26 \pm 2,72$ ), «Пессимистичность» ( $69,13 \pm 2,06$ ), «Эмоциональная лабильность» ( $70,2 \pm 2,03$ ), «Тревожность» ( $75,86 \pm 2,63$ ). У 66,6% испытуемых (10 человек) завышение по шкале «Ригидность» ( $63,33 \pm 1,74$ ). У 46,6% испытуемых (7 человек) завышение по шкалам «Импульсивность» ( $58,6 \pm 2,72$ ) и «Индивидуалистичность» ( $62,46 \pm 2,69$ ). Значение оставшихся шкал: «Мужественность-женственность» ( $50,46 \pm 2,53$ ), «Оптимистичность» ( $54,93 \pm 1,86$ ), «Социальная интроверсия» ( $52,73 \pm 1,45$ ). Оценочные шкалы имели следующие значения: шкала L ( $49,46 \pm 1,81$ ), шкала F ( $60,6 \pm 1,91$ ), шкала K ( $55,33 \pm 2,18$ ) (Рисунок 1).

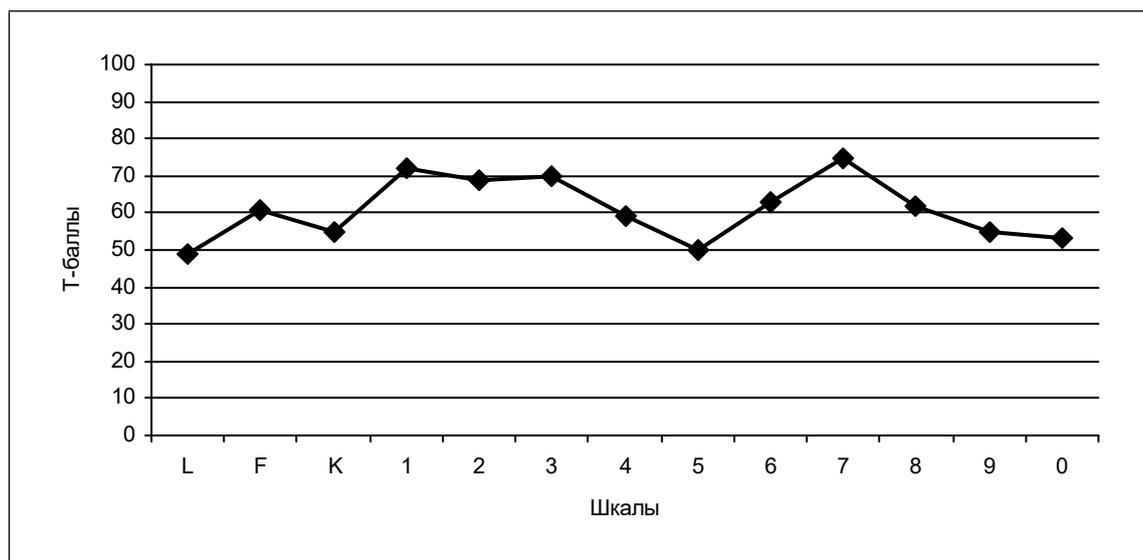


Рисунок 1 – Средние значения данных по ММИЛ в группе с невротическими расстройствами (n=15)

По результатам методики определения индивидуальных копинг-стратегий Э. Хайма, в общих ответах испытуемых с невротическими расстройствами прослеживается тенденция к выбору относительно продуктивных и непродуктивных копинг-стратегий, в частности в когнитивной сфере у 20% испытуемых (3 человека) преобладает «проблемный анализ», что относится к продуктивным копинг-стратегиям; у 46,6% испытуемых (7 человек) преобладает «диссимиляция» и «сохранение самообладания», что относится к относительно продуктивным копинг-стратегиям; у 33,4% испытуемых (5 человек) преобладает «растерянность», что относится к непродуктивным копинг-стратегиям. В эмоциональной сфере у 66,6% испытуемых (10 человек) преобладает «протест» и «пассивная кооперация», что относится к относительно продуктивным копинг-стратегиям; у 33,4% испытуемых (5 человек) преобладает «покорность» и «подавление эмоций», что относится к непродуктивным копинг-стратегиям. В поведенческой сфере у 6,6% испытуемых (1 человек) преобладает «сотрудничество», что относится к продуктивным копинг-стратегиям; у 60% испытуемых (9 человек) «обращение», «компенсация», «отвлечение», что относится к относительно продуктивным копинг-стратегиям; у 33,4% испытуемых (5 человек) «отступление» и «активное избегание», что относится к непродуктивным копинг-стратегиям (Таблица 2).

Таблица 2

Процентные соотношения копинг-стратегий в группе с невротическими расстройствами (n=15)

Сферы	Копинг-стратегии		
	Продуктивная (%)	Относительно продуктивная (%)	Непродуктивная (%)
А - Когнитивная	20 (3 чел)	46,6 (7 чел)	33,4 (5 чел)
Б - Эмоциональная	-	66,6 (10 чел)	33,4 (5 чел)
В - Поведенческая	6,6 (1 чел)	60 (9 чел)	33,4 (5 чел)

По результатам теста смысложизненных ориентаций в группе с невротическими расстройствами значения шкал располагались от 20 до 98 баллов. А именно по шкале «Осмысленность жизни» ( $98,67 \pm 3,35$ ), «Цели в жизни» ( $33,33 \pm 1,77$ ), «Процесс жизни» ( $26,46 \pm 1,11$ ), «Результативность жизни» ( $25,6 \pm 1,41$ ), «Локус контроля-Я» ( $19,53 \pm 1,02$ ), «Локус контроля-жизнь» ( $28,66 \pm 1,77$ ). У 46,6% испытуемых (7 человек) общий показатель осмысленности жизни находился в районе нормы (95-112 баллов). У 46,6% испытуемых (7 человек), показатели шкалы «Цели в жизни» были выше нормы (от 35 баллов и выше). У 53,3% испытуемых (8 человек), шкала «Процесс жизни» имеет низкие значения (от 28 баллов и ниже). У 60% испытуемых (9 человек) показатели по шкале «Результативность жизни» находились в районе нормы (от 23 до 28 баллов). Показатели по шкалам «Локус контроля-Я» и «Локус контроля-жизнь» у 53,3% испытуемых (8 человек) также находятся в районе нормы (от 18 до 22 баллов и от 28 до 34 баллов соответственно) (Рисунок 2).

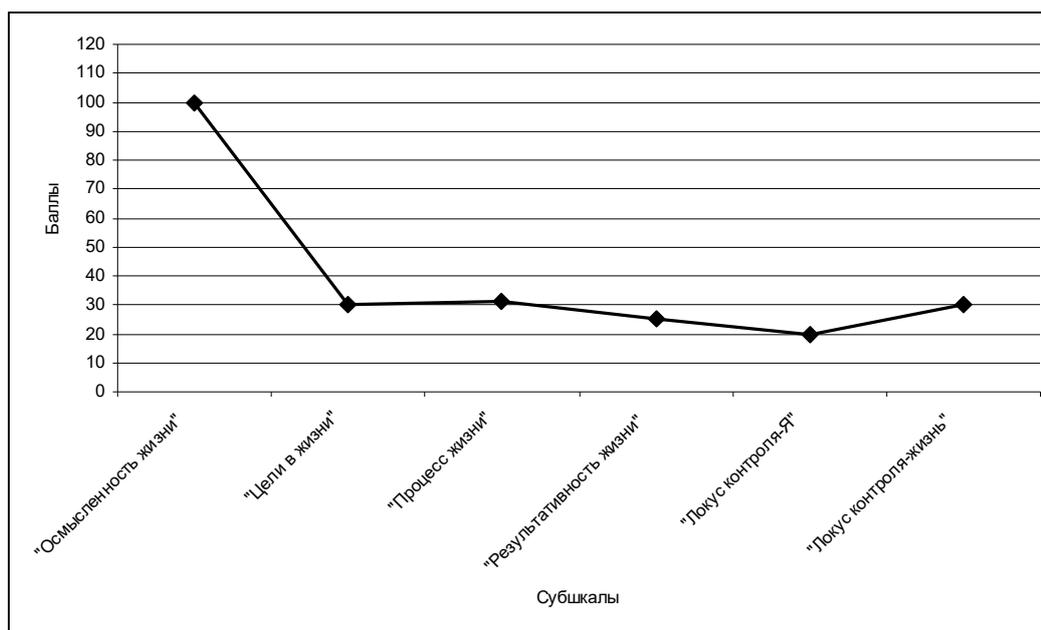


Рисунок 2 – Средние значения результатов в группе с невротическими расстройствами по тесту СЖО (n=15)

По результатам опросника оценки качества жизни «SF-36» в группе с невротическими расстройствами средние значения показателей шкал находятся в области от 44 до 87 баллов. В частности по шкалам General Health (O3) –

общее состояние здоровья ( $54,46 \pm 2,15$ ), Physical Functioning (ФФ) – физическое функционирование ( $87,26 \pm 2,30$ ), Role – Physical (РФФ) - влияние физического состояния на ролевое функционирование ( $53,33 \pm 8,75$ ), Role – Emotional (РЭФ) – влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование ( $44,86 \pm 7,01$ ), Social Functioning (СФ) – социальное функционирование ( $45,86 \pm 2,48$ ), Bodily Pain (Б) – интенсивность боли ( $72,53 \pm 3,94$ ), Vitality (Ж) – жизнеспособность ( $50,4 \pm 2,91$ ), Mental Health (ПЗ) – самооценка психического здоровья ( $58,46 \pm 2,67$ ) (Рисунок 3).

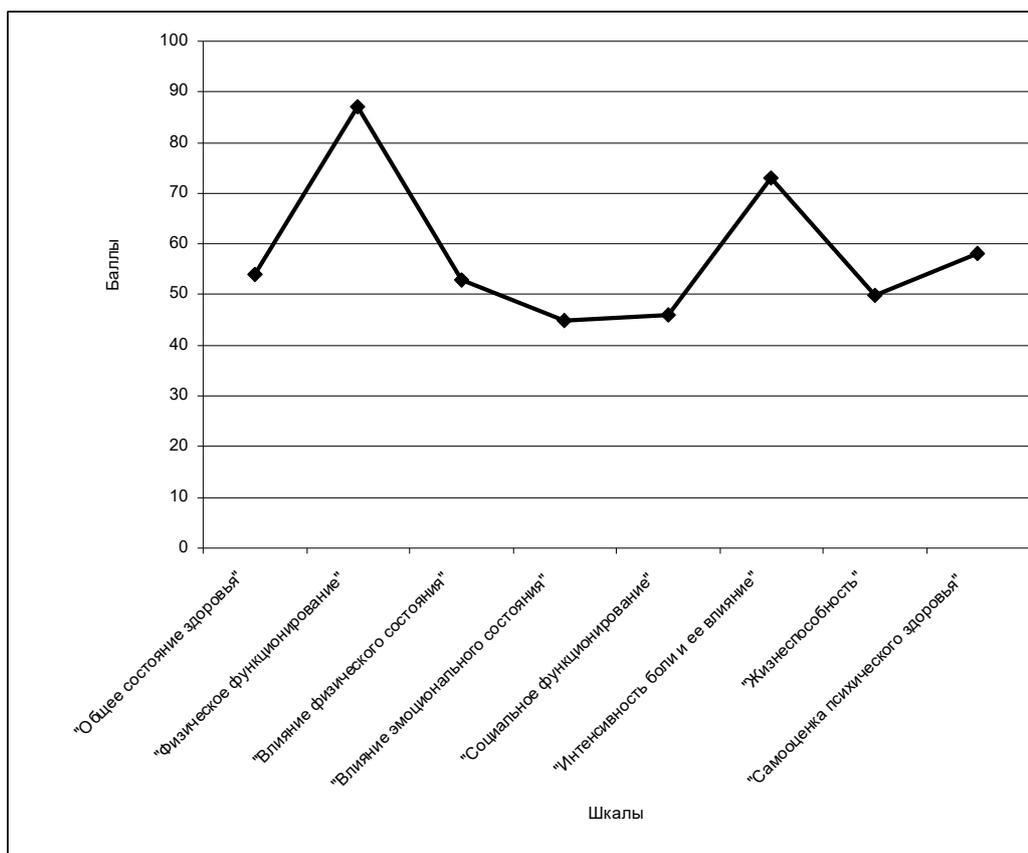


Рисунок 3 – Средние значения результатов в группе с невротическими расстройствами по методике определения качества жизни «SF-36» (n=15).

### 3.2. Психологические особенности группы с невротическими расстройствами.

В группе лиц с невротическими расстройствами были получены следующие результаты: по опроснику ММИЛ наблюдается повышение средних показателей базисных шкал (49-76 Т-баллов). В том числе у всех испытуемых (15 человек) выявилось завышение шкал астенического регистра:

«Невротический сверхконтроль поведения» ( $76 \pm 0,82$ ), «Пессимистичность» ( $72,93 \pm 0,93$ ), «Эмоциональная лабильность» ( $73,93 \pm 1,16$ ), «Тревожность» ( $76,53 \pm 1,14$ ). У 86,6% испытуемых (13 человек) завышение по шкалам «Индивидуалистичность» ( $65,93 \pm 2,12$ ), «Социальная интроверсия» ( $64,06 \pm 1,59$ ). У 80% испытуемых (12 человек) завышение по шкалам «Импульсивность» ( $62,8 \pm 0,77$ ) и «Ригидность» ( $70,4 \pm 2,32$ ). Значение оставшихся шкал: «Мужественность-женственность» ( $49,6 \pm 1,31$ ), «Оптимистичность» ( $50,8 \pm 0,84$ ). Оценочные шкалы имели следующие значения: шкала L ( $45,6 \pm 1,90$ ), шкала F ( $53,73 \pm 1,28$ ), шкала K ( $49,33 \pm 1,86$ ) (Рисунок 4). Достоверные различия с группой с невротическими расстройствами наблюдаются по следующим шкалам: при ( $p < 0,001$ ) по шкале «Социальная интроверсия» ( $64,06 \pm 1,59$ ); при ( $p < 0,01$ ) по шкале F ( $53,73 \pm 1,28$ ); при ( $p < 0,05$ ) по шкале K ( $49,33 \pm 1,86$ ), «Пессимистичность» ( $72,93 \pm 0,93$ ), «Ригидность» ( $70,4 \pm 2,32$ ) «Оптимистичность» ( $50,8 \pm 0,84$ ) (см. Приложение А).

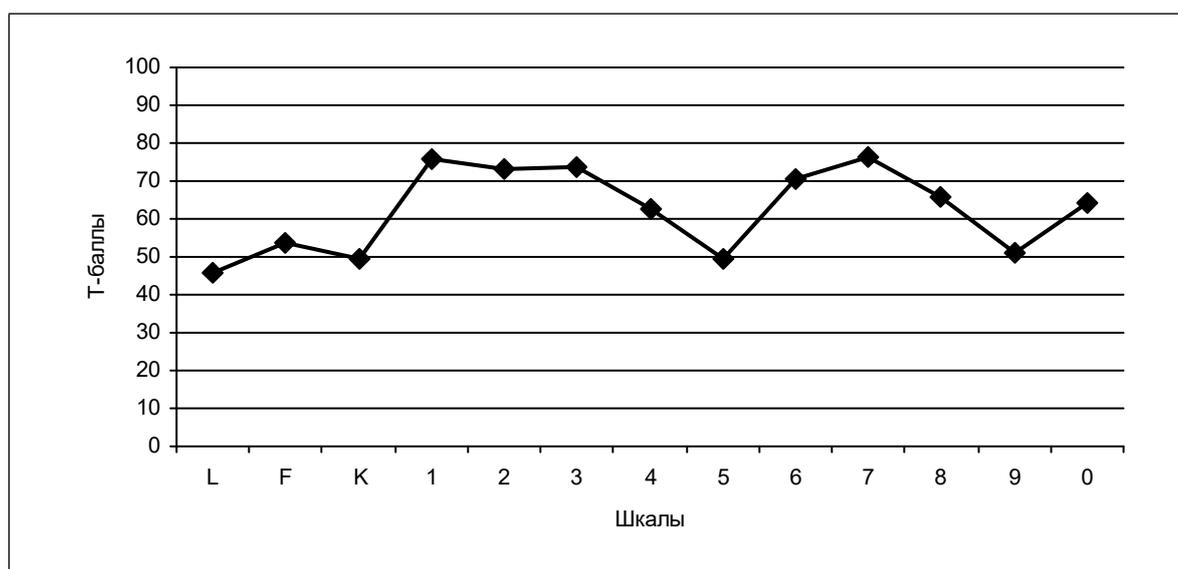


Рисунок 4 – Средние значения данных по ММИЛ в группе с невротическими расстройствами (n=15)

По результатам методики определения индивидуальных копинг-стратегий Э. Хайма, в общих ответах испытуемых с невротическими

расстройствами также прослеживается тенденция к выбору относительно продуктивных и непродуктивных копинг-стратегий с включением продуктивных копинг-стратегий. В частности в когнитивной сфере у 20% испытуемых (3 человека) преобладает «проблемный анализ», что относится к продуктивным копинг-стратегиям; у 60% испытуемых (9 человек) преобладает «религиозность», «установка собственной ценности», «относительность», что относится к относительно продуктивным копинг-стратегиям; у 20% испытуемых (3 человека) преобладает «растерянность», «смирение», что относится к непродуктивным копинг-стратегиям. В эмоциональной сфере у 26,6% испытуемых (4 человека) преобладает «оптимизм», что относится к продуктивным копинг-стратегиям; у 46,6% испытуемых (7 человек) преобладает «протест» и «пассивная кооперация», что относится к относительно продуктивным стратегиям; у 26,8% испытуемых (4 человека) преобладает «подавление эмоций» и «самообвинение», что относится к непродуктивным копинг-стратегиям. В поведенческой сфере у 6,6% испытуемых (1 человек) преобладает «сотрудничество», что относится к продуктивным копинг-стратегиям; у 80% испытуемых (12 человек) преобладает «обращение», «отвлечение», что относится к относительно продуктивным копинг-стратегиям; у 13,4% испытуемых (2 человека) преобладает «отступление», «активное избегание» (Таблица 3).

Таблица 3

Процентные соотношения копинг-стратегий в группе с невротоподобными расстройствами (n=15)

Сферы	Копинг-стратегии		
	Продуктивная (%)	Относительно продуктивная (%)	Непродуктивная (%)
А - Когнитивная	20 (3 чел)	60 (9 чел)	20 (3 чел)
Б - Эмоциональная	26,6 (4 чел)	46,6 (7 чел)	26,8 (4 чел)
В - Поведенческая	6,6(1 чел)	80 (12 чел)	13,4 (2 чел)

По результатам теста смысложизненных ориентаций в группе с невротоподобными расстройствами значения шкал располагались от 20 до 98 баллов. А именно по шкале «Осмысленность жизни» ( $98,13 \pm 2,54$ ), «Цели в жизни» ( $31,07 \pm 1,69$ ), «Процесс жизни» ( $27 \pm 1,09$ ), «Результативность жизни» ( $26,8 \pm 0,88$ ), «Локус контроля-Я» ( $20,13 \pm 0,72$ ), «Локус контроля-жизнь» ( $26,73 \pm 1,00$ ). У 66,6% испытуемых (10 человек) общий показатель осмысленности жизни находился в районе нормы (95-112 баллов). У 40% испытуемых (6 человек), показатели шкалы «Цели в жизни» были ниже нормы (от 29 баллов и ниже). У 46,6% испытуемых (7 человек), шкала «Процесс жизни» имеет значения ниже нормы (от 28 баллов и ниже). У 60% испытуемых (9 человек) показатели по шкале «Результативность жизни» находились в районе нормы (от 23 до 28 баллов). Показатель по шкале «Локус контроля-Я» у 60% испытуемых (9 человек) находились в районе нормы (18-22 баллов). Показатель по шкале «Локус контроля-жизнь» у 53,3% испытуемых (8 человек) находились ниже нормы (от 28 и ниже) (Рисунок 5).

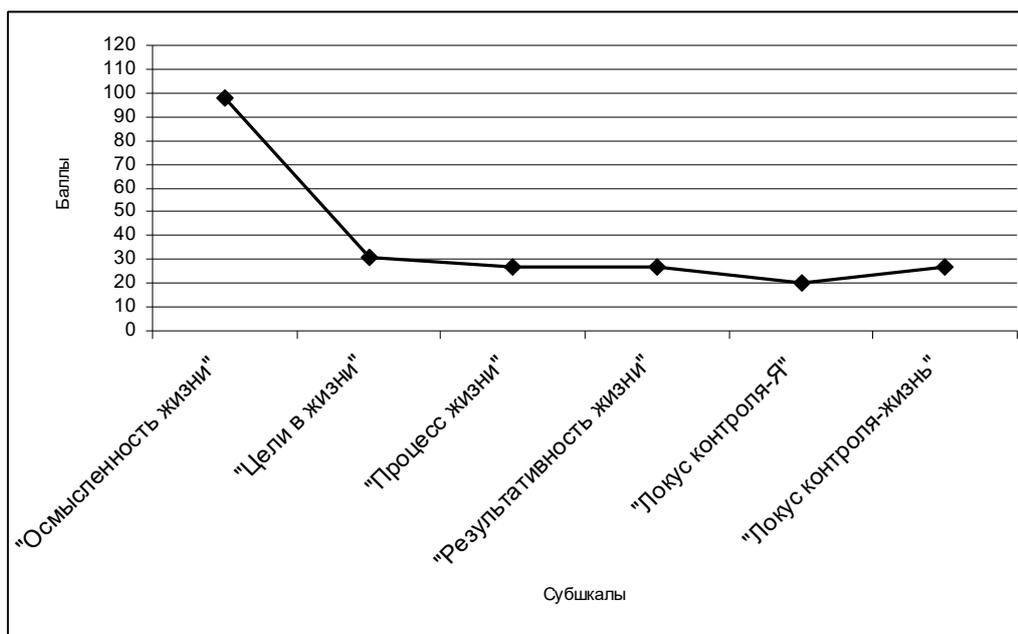


Рисунок 5 – Средние значения результатов в группе с невротоподобными расстройствами по тесту СЖО (n=15)

По результатам опросника оценки качества жизни «SF-36» в группе с невротоподобными расстройствами средние значения показателей шкал

находились в области от 16 до 62 баллов. В частности по шкалам General Health (ОЗ) – общее состояние здоровья ( $45 \pm 2,12$ ), Physical Functioning (ФФ) – физическое функционирование ( $61 \pm 8,06$ ), Role – Physical (РФФ) – влияние физического состояния на ролевое функционирование ( $20 \pm 6,98$ ), Role – Emotional (РЭФ) – влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование ( $16,33 \pm 5,30$ ), Social Functioning (СФ) – социальное функционирование ( $50,33 \pm 3,24$ ), Bodily Pain (Б) – интенсивность боли ( $26,33 \pm 3,18$ ), Vitality (Ж) – жизнеспособность ( $39,33 \pm 3,34$ ), Mental Health (ПЗ) – самооценка психического здоровья ( $47 \pm 3,31$ ) (Рисунок 6). Достоверные различия с группой с невротическими расстройствами наблюдались по следующим шкалам: при ( $p < 0,001$ ) по шкале Bodily Pain (Б) – интенсивность боли ( $26,33 \pm 3,18$ ); при ( $p < 0,01$ ) по шкалам General Health (ОЗ) – общее состояние здоровья ( $45 \pm 2,12$ ), Physical Functioning (ФФ) – физическое функционирование ( $61 \pm 8,06$ ), Role – Physical (РФФ) – влияние физического состояния на ролевое функционирование ( $20 \pm 6,98$ ), Role – Emotional (РЭФ) – влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование ( $16,33 \pm 5,30$ ), Mental Health (ПЗ) – самооценка психического здоровья ( $47 \pm 3,31$ ); при ( $p < 0,05$ ) по шкале Vitality (Ж) – жизнеспособность ( $39,33 \pm 3,34$ ) (см. Приложение В).

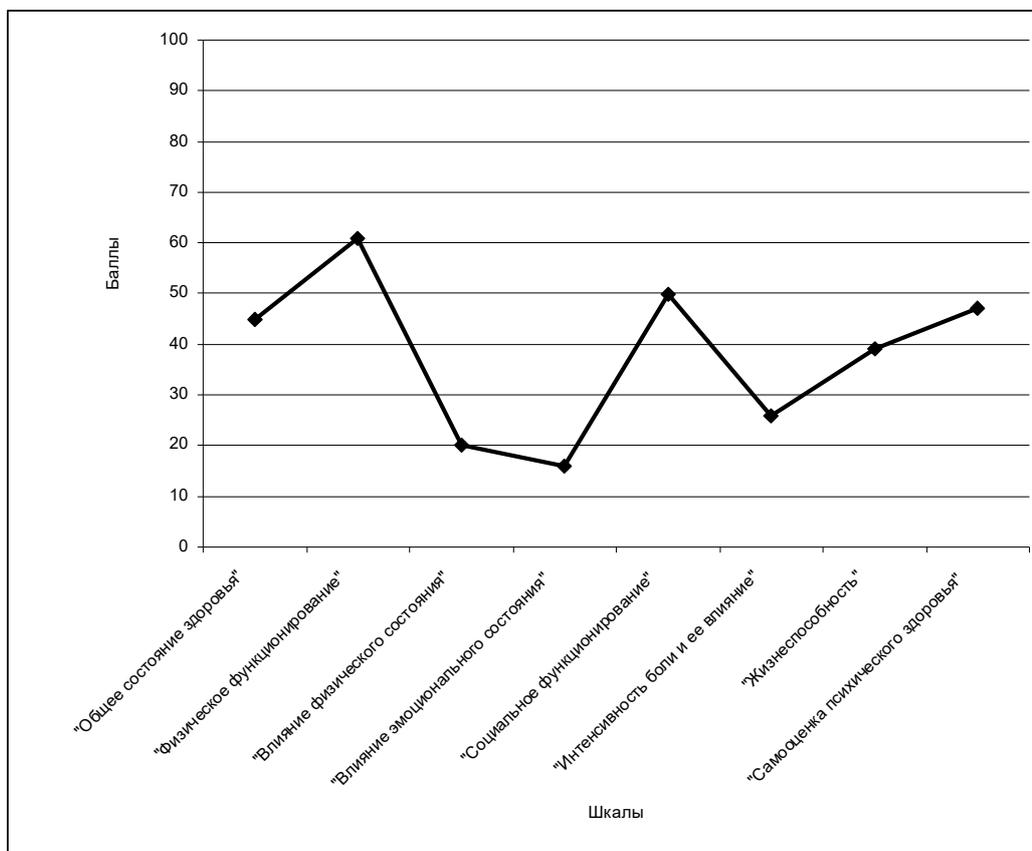


Рисунок 6 – Средние значения результатов в группе с невротическими расстройствами по методике определения качества жизни «SF-36» (n=15)

### 3.3. Результаты психологического обследования контрольной группы

В контрольной группе испытуемых были получены следующие результаты: по опроснику ММИЛ показатели базисных шкал не выходили за рамки нормативного разброса (40-65 T-баллов). У 75% испытуемых (15 человек) наблюдалось завышение по шкале «Оптимистичность» ( $64,95 \pm 1,70$ ). Результаты по шкалам: «Невротический сверхконтроль поведения» ( $49,9 \pm 1,78$ ), «Пессимистичность» ( $42,2 \pm 1,75$ ), «Эмоциональная лабильность» ( $51,15 \pm 1,62$ ), «Импульсивность» ( $53,5 \pm 1,72$ ), «Мужественность-женственность» ( $53,05 \pm 1,52$ ), «Ригидность» ( $49,45 \pm 2,52$ ), «Тревожность» ( $51,15 \pm 2,12$ ), «Индивидуалистичность» ( $53 \pm 1,55$ ), «Социальная интроверсия» ( $40,7 \pm 2,03$ ). Оценочные шкалы имели следующие значения: шкала L ( $39,9 \pm 1,55$ ), шкала F ( $54,5 \pm 1,71$ ), шкала K ( $48,55 \pm 1,82$ ) (Рисунок 7). Достоверные различия с двумя предыдущими группами наблюдались по большинству шкал. В частности с группой с невротическими расстройствами при ( $p < 0,001$ ) по шкалам: L

(39,9±1,55), «Невротический сверхконтроль поведения» (49,9±1,78), «Пессимистичность» (42,2±1,75), «Эмоциональная лабильность» (51,15±1,62), «Ригидность» (49,45±2,52), «Тревожность» (51,15±2,12), «Оптимистичность» (64,95±1,70), «Социальная интроверсия» (40,7±2,03); при ( $p<0,01$ ) по шкале «Индивидуалистичность» (53±1,55); при ( $p<0,05$ ) по шкалам F (54,5±1,71) и K (48,55±1,82).

С группой с невротоподобными расстройствами при ( $p<0,001$ ) по шкалам: «Невротический сверхконтроль поведения» (49,9±1,78), «Пессимистичность» (42,2±1,75), «Эмоциональная лабильность» (51,15±1,62), «Импульсивность» (53,5±1,72), «Ригидность» (49,45±2,52), «Тревожность» (51,15±2,12) «Индивидуалистичность» (53±1,55), «Социальная интроверсия» (40,7±2,03); при ( $p<0,05$ ) по шкале L (39,9±1,55) (см. Приложение А).

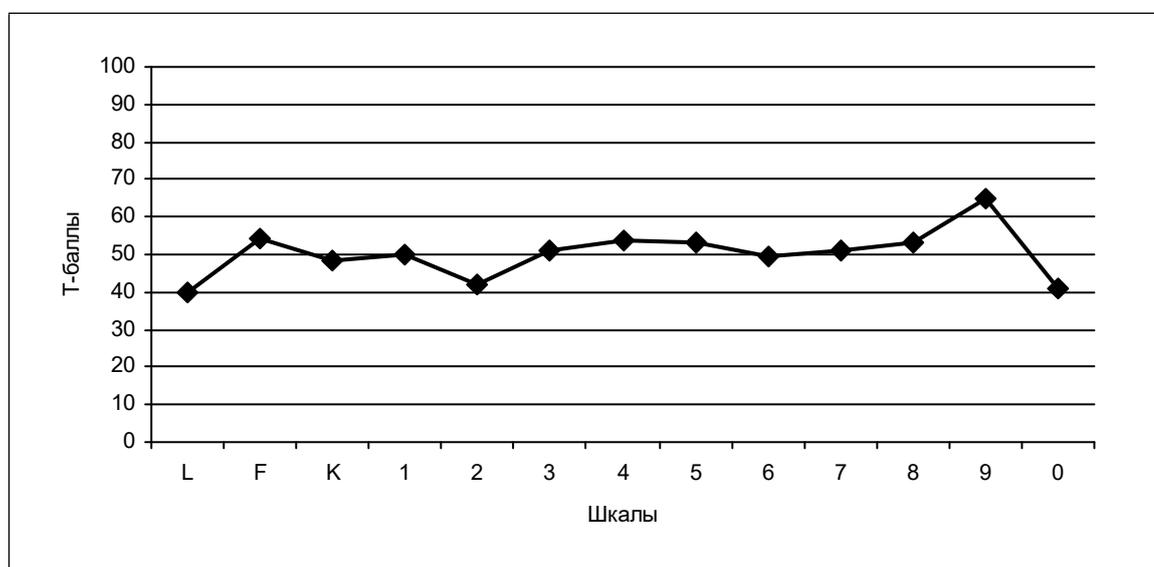


Рисунок 7 – Средние значения данных по ММИЛ в контрольной группе (n=20)

По результатам методики определения индивидуальных копинг-стратегий Э. Хайма, в общих ответах контрольной группы испытуемых прослеживается тенденция к выбору продуктивных и относительно продуктивных копинг-стратегий, в частности в когнитивной сфере у 50% испытуемых (10 человек) преобладает «проблемный анализ», что относится к продуктивным копинг-стратегиям; у 45% испытуемых (9 человек)

«игнорирование», «относительность» и «сохранение самообладания», что относится к относительно продуктивным копинг-стратегиям; у 5 % испытуемых (1 человек) «смирение», что относится к непродуктивным копинг-стратегиям. В эмоциональной сфере у 65% испытуемых (13 человек) преобладает «оптимизм», что относится к продуктивным копинг-стратегиям; у 25% испытуемых (5 человек) преобладает «протест» и «пассивная кооперация», что относится к относительно продуктивным копинг-стратегиям; у 5 % испытуемых (1 человек) «эмоциональная разрядка», что относится к непродуктивным копинг-стратегиям. В поведенческой сфере у 35% испытуемых (7 человек) преобладает «сотрудничество», что относится к продуктивным копинг-стратегиям; у 55% испытуемых (11 человек) «отвлечение», «компенсация», «обращение», что относится к относительно продуктивным копинг-стратегиям; у 10% испытуемых (2 человека) «активное избегание» и «отступление», что относится к непродуктивным копинг-стратегиям (Таблица 4). Достоверность различий с группой с невротическими расстройствами при ( $p < 0,001$ ) наблюдается в эмоциональной сфере; при ( $p < 0,05$ ) в когнитивной и поведенческой сферах.

Достоверность различий с группой с невротическими расстройствами наблюдается только в когнитивной и эмоциональной сферах при ( $p < 0,05$ ) (см. Приложение Б).

Таблица 4

Процентные соотношения копинг-стратегий в контрольной группе (n=20)

Сферы	Копинг-стратегии		
	Продуктивная (%)	Относительно продуктивная (%)	Непродуктивная (%)
А - Когнитивная	50 (10 чел)	45 (9 чел)	5 (1 чел)
Б - Эмоциональная	65 (13 чел)	25 (5 чел)	5 (1 чел)
В - Поведенческая	35 (7 чел)	55 (11 чел)	10 (2 чел)

По результатам теста смысловых ориентаций в контрольной группе значения шкал располагались от 20 до 100 баллов. А именно по шкале «Осмысленность жизни» (100,4±2,83), «Цели в жизни» (29,95±1,17), «Процесс жизни» (30,85±1,24), «Результативность жизни» (25,35±0,93), «Локус контроля-Я» (20,35±0,76), «Локус контроля-жизнь» (29,7±1,21) (Рисунок 8). У 65% испытуемых (13 человек) общий показатель осмысленности жизни находился в районе нормы (95-112 баллов). У 60% испытуемых (12 человек), показатели шкалы «Цели в жизни» были в районе нормы (от 29 до 35 баллов). У 60% испытуемых (12 человек), шкала «Процесс жизни» имеет средние значения (от 28 до 34 баллов). У 45% испытуемых (9 человек) показатели по шкале «Результативность жизни» находились в районе нормы (от 23 до 28 баллов). Показатель по шкале «Локус контроля-Я» у 50% испытуемых (10 человек) находились в районе нормы (18-22 баллов). Показатель по шкале «Локус контроля-жизнь» у 45% испытуемых (9 человек) находились в районе нормы (от 28 до 34 баллов). Достоверность различий с двумя предыдущими группами наблюдается только по шкале «Процесс жизни» (30,85±1,24) ( $p < 0,05$ ) (см. Приложение Г).

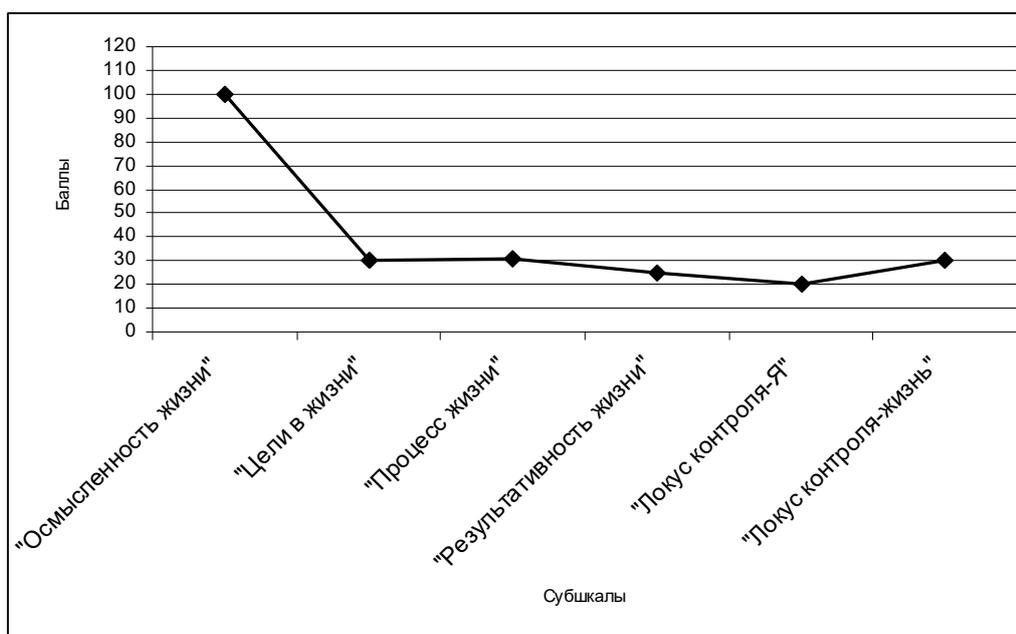


Рисунок 8 – Средние значения результатов в контрольной группе по тесту СЖО (n=20)

По результатам опросника оценки качества жизни «SF-36» в контрольной группе средние значения показателей шкал находились в области от 56 до 94 баллов. В частности по шкалам General Health (ОЗ) – общее состояние здоровья ( $70,1 \pm 2,97$ ), Physical Functioning (ФФ) – физическое функционирование ( $94 \pm 1,56$ ), Role – Physical (РФФ) – влияние физического состояния на ролевое функционирование ( $76,25 \pm 5,58$ ), Role – Emotional (РЭФ) – влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование ( $85,15 \pm 4,46$ ), Social Functioning (СФ) – социальное функционирование ( $56,2 \pm 2,82$ ), Bodily Pain (Б) – интенсивность боли ( $82,35 \pm 3,94$ ), Vitality (Ж) – жизнеспособность ( $69,75 \pm 2,67$ ), Mental Health (ПЗ) – самооценка психического здоровья ( $69,9 \pm 2,38$ ) (Рисунок 9). Достоверность различий с группой с невротическими расстройствами наблюдается при ( $p < 0,001$ ) по шкалам General Health (ОЗ) – общее состояние здоровья ( $70,1 \pm 2,97$ ), Role – Emotional (РЭФ) – влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование ( $85,15 \pm 4,46$ ), Vitality (Ж) – жизнеспособность ( $69,75 \pm 2,67$ ); при ( $p < 0,01$ ) по шкале Mental Health (ПЗ) – самооценка психического здоровья ( $69,9 \pm 2,38$ ); при ( $p < 0,05$ ) по шкалам Physical Functioning (ФФ) – физическое функционирование ( $94 \pm 1,56$ ), Role – Physical (РФФ) – влияние физического состояния на ролевое функционирование ( $76,25 \pm 5,58$ ), Social Functioning (СФ) – социальное функционирование ( $56,2 \pm 2,82$ ).

Достоверность различий с группой с невротоподобными расстройствами наблюдается при ( $p < 0,001$ ) по шкалам General Health (ОЗ) – общее состояние здоровья ( $70,1 \pm 2,97$ ), Physical Functioning (ФФ) – физическое функционирование ( $94 \pm 1,56$ ), Role – Physical (РФФ) – влияние физического состояния на ролевое функционирование ( $76,25 \pm 5,58$ ), Role – Emotional (РЭФ) – влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование ( $85,15 \pm 4,46$ ), Bodily Pain (Б) – интенсивность боли ( $82,35 \pm 3,94$ ), Vitality (Ж) – жизнеспособность ( $69,75 \pm 2,67$ ), Mental Health (ПЗ) – самооценка психического здоровья ( $69,9 \pm 2,38$ ) (см. Приложение В).

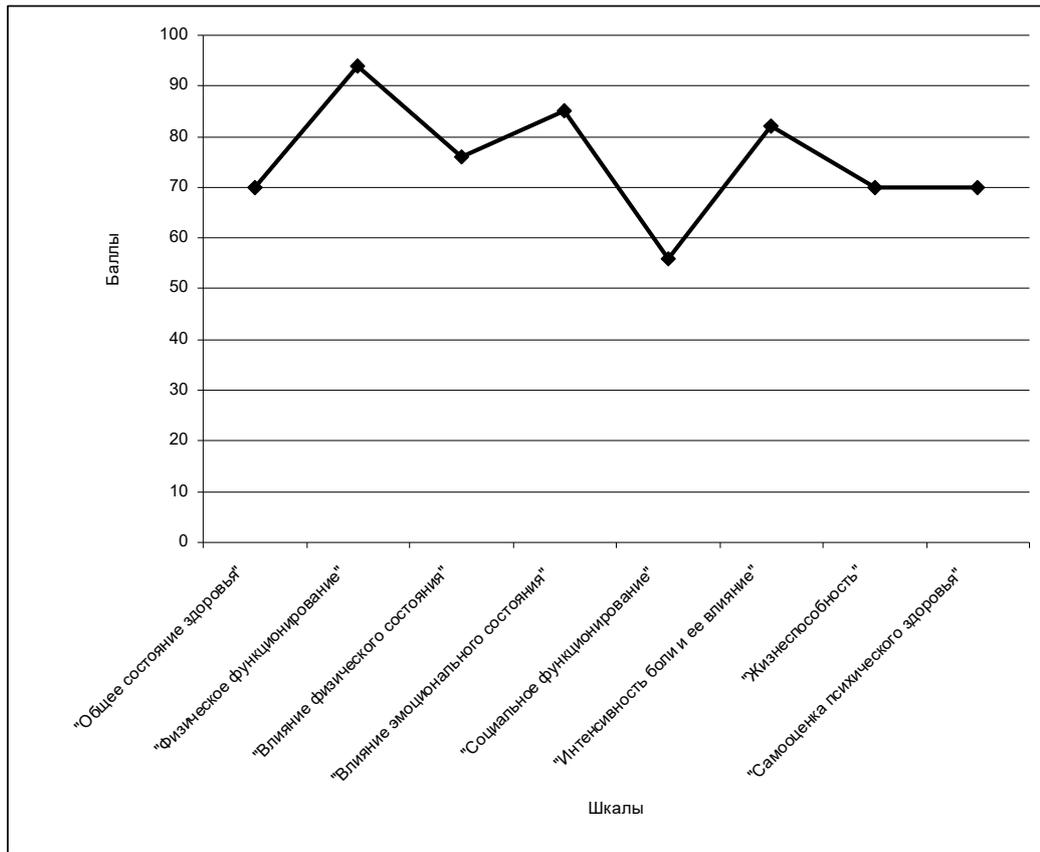


Рисунок 9 – Средние значения результатов в контрольной группе по методике определения качества жизни «SF-36» (n=20)

## ОБСУЖДЕНИЕ

В результате проведенного исследования были выявлены основные особенности эмоционально – личностной сферы у лиц с невротическими расстройствами.

По результатам ММИЛ у лиц с невротическими расстройствами выявлена дезадаптация невротического плана, сопровождающаяся снижением поисковой активности, нарушением целенаправленности поведения, адекватностью эмоциональной сферы (что универсально отражается в завышении астенических шкал), а также снижением стрессоустойчивости, невозможностью адекватно воспринимать и регулировать свое состояние. Пассивность, уход от конфликта, раздражительность, проявляющаяся через повышение «Ригидности» ( $63,33 \pm 1,74$ ). По результатам оценочных шкал испытуемым с невротическими расстройствами свойственен дискомфорт, эмоциональная неустойчивость, а также некая аггравация симптомов, проявляющаяся через повышение шкалы F ( $60,6 \pm 1,91$ ). Результаты шкалы К ( $55,33 \pm 2,18$ ) в большинстве своем выявляют защитную реакцию испытуемых на процесс вторжения в мир их сокровенных переживаний.

По результатам методики определения индивидуальных копинг-стратегий Э. Хайма, в группе лиц с невротическими расстройствами свойственен выбор относительно продуктивных, помогающих справиться с незначительным стрессом, и непродуктивных, способствующих усилению стрессового состояния копинг-стратегий. В особенности это проявляется в эмоциональной сфере (66,6% (10 человек) – относительно продуктивные копинг-стратегии; 33,4% (5 человек) – непродуктивные копинг-стратегии). Такие способы совладания со стрессом могут способствовать возникновению продолжительной невротизации, что может привести к возникновению расстройств затяжного течения.

По результатам теста смысловых и жизненных ориентаций испытуемых с невротическими расстройствами можно охарактеризовать наличием неудовлетворенности своей жизнью в настоящем (низкие показатели по шкале

«Процесс жизни» у половины испытуемых (8 человек)), нацеленность в будущее (высокие показатели по шкале «Цели в жизни» (7 человек)). Данную ситуацию можно охарактеризовать как стремление выйти из неблагоприятной среды. При данном состоянии наблюдается некоторая демонстративность и аффективность поведения и при этом низкая сензитивность к себе. Однако длительность такого состояния может вести к увеличению фрустрационной напряженности со всеми вытекающими последствиями.

По результатам опросника оценки качества жизни «SF-36» можно сказать о снижении общего социального функционирования в основном происходящего за счет влияния эмоционального состояния, нежели физического. Самым высоким значением обладает шкала Physical Functioning (ФФ) – физическое функционирование ( $87,26 \pm 2,30$ ), что говорит об отсутствии затруднений в выполнении именно физических нагрузок. Следующим ведущим пиком является пик по шкале Bodily Pain (Б) – интенсивность боли ( $72,53 \pm 3,94$ ), это говорит о низкой интенсивности боли, и об отсутствии ее влияния на осуществление повседневной деятельности. Энергетический потенциал, о котором говорит шкала Vitality (Ж) – жизнеспособность ( $50,4 \pm 2,91$ ), является несколько сниженным, что также подтверждает сниженный коэффициент вегетативного баланса. Общее состояние здоровья General Health (ОЗ) ( $54,46 \pm 2,15$ ) и самооценка психического здоровья Mental Health (ПЗ) ( $58,46 \pm 2,67$ ) находятся практически на одном уровне, это может говорить о нейтральной оценке испытуемыми своих перспектив лечения и общего фона настроения.

В ходе проведенного исследования были установлены основные особенности эмоционально – личностной сферы у тестируемых, страдающих невротоподобными расстройствами.

По результатам ММИЛ у лиц с невротоподобными расстройствами выявлена тенденция к тревожности, внутреннему напряжению, неуверенность в себе, пассивность позиции, склонность к разочарованиям, неустойчивость в стрессе, повышенная требовательность, избыточный контроль. В отличие от

группы с невротическими расстройствами, лицам с невротоподобными расстройствами при умеренном повышении шкалы F ( $53,73 \pm 1,28$ ) характерна внутренняя напряженность, недовольство ситуацией. Так же у лиц с невротоподобными расстройствами выявляется более выраженная «Пессимистичность» ( $72,93 \pm 0,93$ ) и «Ригидность» ( $70,4 \pm 2,32$ ). Показатель по шкале «Оптимистичность» ( $50,8 \pm 0,84$ ) говорит о снижении общего фона настроения. Самая высокая достоверность различий обнаруживается по шкале «Социальная интроверсия» ( $64,06 \pm 1,59$ ), что отражает снижение уровня включенности в социальную среду, ограниченность контактов, замкнутость.

По результатам методики определения индивидуальных копинг-стратегий Э. Хайма в группе лиц с невротоподобными расстройствами свойственен выбор относительно продуктивных и непродуктивных копинг-стратегий, с включением продуктивных копинг-стратегий. Наибольший выбор относительно продуктивных, помогающих справиться с незначительным стрессом, копинг-стратегий прослеживается в когнитивной (60% - 9 человек), эмоциональной (46,6% - 7 человек) и поведенческой сферах (80% - 12 человек).

По результатам теста смысложизненных ориентаций общий показатель осмысленности жизни у испытуемых с невротоподобными расстройствами находится в рамках нормативного разброса, в то время как высокие показатели отсутствуют. Также у испытуемых этой группы выявилась практически равная тенденция как к преобладанию низких баллов по шкале «Цели в жизни» так и высоких, тем самым для лиц этой группы в основном характерно отсутствие целеустремленности. Эмоциональная насыщенность «Процесс жизни» своей жизни в этой группе оценивается в основном как неудовлетворительная. Показатель результативности жизни, удовлетворенность самореализацией находятся в рамках нормативного разброса, что говорит о достаточной удовлетворенности прожитой частью жизни. На основании показателей локусов контроля в этой группе испытуемых можно сделать вывод о преобладании фаталистических тенденций, убежденности в отсутствии свободы выбора, но,

несмотря на это остается способность осуществлять контроль над событиями жизни.

По результатам методики оценки качества жизни «SF-36» был выявлен значительно заниженный уровень качества жизни в отличие от группы с невротическими расстройствами. В частности максимально достоверные различия ( $p < 0,001$ ) наблюдаются по шкале Bodily Pain (Б) – интенсивность боли ( $26,33 \pm 3,18$ ), что подтверждает наличие соматического нарушения (заболевания). Также значимые различия ( $p < 0,01$ ) наблюдаются по шкалам General Health (ОЗ) – общее состояние здоровья ( $45 \pm 2,12$ ), Physical Functioning (ФФ) – физическое функционирование ( $61 \pm 8,06$ ), Role – Physical (РФФ) – влияние физического состояния на ролевое функционирование ( $20 \pm 6,98$ ), Role – Emotional (РЭФ) – влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование ( $16,33 \pm 5,30$ ), Vitality (Ж) – жизнеспособность ( $39,33 \pm 3,34$ ), Mental Health (ПЗ) – самооценка психического здоровья ( $47 \pm 3,31$ ). В целом такие результаты указывают на нарушение физического и эмоционального состояния, что мешает выполнению повседневной деятельности и ролевому функционированию; а также снижение самооценки своего психического и физического здоровья; снижение энергетического потенциала, что также выразилось в более выраженном снижении коэффициента вегетативного баланса.

Определено, что эмоционально – личностная сфера в контрольной группе имеет отличительные особенности от двух предыдущих групп.

По результатам ММИЛ в контрольной группе ведущим пиком является шкала «Оптимистичности» ( $64,95 \pm 1,70$ ), что говорит об активности позиции, высоком уровне жизнелюбия, уверенности в себе, позитивной самооценке, высокой мотивации достижения. Преобладает радостное восприятие всего окружающего мира и своего бытия, радужность надежд, уверенность в будущем. Также лицам контрольной группы характерна общительность, отсутствие застенчивости, включенность в социальную среду, открытость, о чем говорит

шкала «Социальной интроверсии» ( $40,7 \pm 2,03$ ). Эмоциональная лабильность уравновешена социальным контролем поведения. Непосредственность в проявлении эмоций и поведении. Показатели оценочных шкал находятся в рамках нормативного разброса. Шкала L ( $39,9 \pm 1,55$ ) говорит об открытости к исследованию и отсутствии стремления представить себя в более выгодном свете. Шкала F ( $54,5 \pm 1,71$ ) говорит о достоверности полученных данных по методике, и об отсутствии тенденции к аггравации. Шкала K ( $48,55 \pm 1,82$ ) говорит о достаточной коррекции ответов. Достоверность различий с двумя предыдущими группами наблюдается по большинству шкал.

По результатам методики определения индивидуальных копинг-стратегий Э. Хайма, в общих ответах контрольной группы испытуемых прослеживается тенденция к выбору продуктивных и относительно продуктивных копинг-стратегий, с включением непродуктивных копинг-стратегий. Такие показатели указывают на наличие быстрого и успешного способа совладания со стрессом во всех сферах. Достоверность различий с двумя предыдущими группами присутствует во всех сферах. Такое равномерное распределение выбора всех видов копинг-стратегий, говорит о хорошем, уравновешенном состоянии личности, что и позволяет ей адаптироваться к социальным условиям и обстоятельствам. По результатам теста смысло-жизненных ориентаций в контрольной группе испытуемых результаты по всем шкалам имеют более разнообразные значения; по каждой шкале помимо значений нормативного разброса встречаются в равной степени как высокие, так и низкие показатели, в то время как в предыдущих группах высокие показатели практически отсутствовали. Но, не смотря на такое разнообразие показателей в контрольной группе, достоверность различий с двумя предыдущими группами наблюдается только по шкале «Процесс жизни» ( $p < 0,05$ ). Такие результаты говорят о наличии удовлетворенности процессом жизни, ее эмоциональной насыщенности в контрольной группе, и о неудовлетворенности процессом жизни в настоящем у групп с невротическими и невротоподобными расстройствами.

По результатам опросника оценки качества жизни «SF-36» в контрольной группе преобладают высокие показатели по всем шкалам, что говорит о хорошем состоянии качества жизни, положительной оценке своего настроения, эмоционального и физического состояния, большом энергетическом потенциале.

### **Заключение**

Анализ полученных результатов позволил выявить некоторые характерные особенности для групп, тестируемых с невротическими расстройствами и с невротоподобными расстройствами соматогенного генеза, которые доказываются наличием достоверных различий с контрольной группой.

Для обеих групп расстройств, в отличие от контрольной группы испытуемых, характерно повышение шкал астенического регистра по методике ММИЛ, а именно по шкалам «Невротический сверхконтроль поведения», «Пессимистичность», «Эмоциональная лабильность», «Тревожность», средние значения которых располагались в пределах от 69-76Тб в отличие от 42-52Тб в контрольной группе; преобладание выбора относительно продуктивных и непродуктивных копинг-стратегий от 33,4% (5 человек) до 80% (12 человек) в эмоциональной, когнитивной и поведенческой сферах, в отличие от преобладания продуктивных и относительно продуктивных копинг-стратегий от 55% (11 человек) до 65% (13 человек) в контрольной группе; снижение коэффициента вегетативного баланса по методике восьмицветового теста Люшера, в пределах от 1 и меньше, в отличие от среднего коэффициента вегетативного баланса в контрольной группе от 1 до 1,4; снижение эмоциональной насыщенности, удовлетворенности процессом жизни в настоящем, что отражается в показателях шкалы «Процесс жизни» по методике смысловых ориентаций в пределах от 26-27 баллов, что также достоверно отличает эти группы от контрольной группы, для которой характерно расположение баллов от 30-32. Еще одна методика нашедшая

достоверные отличия показателей с контрольной группой – это методика оценки качества жизни «SF-36». Она является самой показательной в плане достоверности различий. Если рассматривать минимум и максимум среднего разброса по шкалам во всех трех группах, то можно проследить тенденцию к постепенному снижению показателей начиная с результатов контрольной группы (56-94 баллов), затем группа с невротическими расстройствами (44-87 баллов) и заканчивая группой с невротоподобными расстройствами (16-61 баллов).

Наличие таких данных дает право предполагать, во-первых, на основе работ (Семке В.Я., 1999; Кожевников В.Н., 2006; Александровский Ю.А., 2000; Уманский С.В., 2008), что эти две группы расстройств (невротических и невротоподобных) являются звеньями клинической динамики пограничных расстройств. Во-вторых, по полученным данным о различии невротических и невротоподобных расстройств, можно предположить, что группа лиц с невротическими расстройствами соответствует стадии реакции клинической динамики пограничных расстройств, а группа лиц с невротоподобными расстройствами соответствует стадии состояния клинической динамики пограничных расстройств. В-третьих, полученные различия между двумя группами испытуемых дают право предполагать, что заболевание перешло на другую стадию, которая называется стадия состояния, а для этой стадии характерно вовлечение патологических процессов внутренних органов, как это обстоит у наших пациентов с невротоподобными расстройствами соматогенного генеза. В-четвертых, основным преимуществом разграничения двух групп испытуемых с невротическими и невротоподобными расстройствами на стадии «реакция» и «состояние» клинической динамики пограничных расстройств, предполагает в корне отличные принципы психологической коррекции этих состояний.

Всем больным любыми соматическими и невротическими расстройствами необходимо обязательное психологическое обследование для выявления стадии развития заболевания и назначения, индивидуальных

психокоррекционных и психотерапевтических мероприятий. Это позволит быстрее восстанавливать таких пациентов, улучшит их эмоциональный фон, и будет способствовать уменьшению времени их лечения, как в стационаре, так и амбулаторных условиях.

Нами были выявлены диагностические критерии, к ним относятся двенадцать шкал, внимательное изучение которых при диагностике позволит выделить группу риска для наблюдения и возможного предотвращения неблагоприятных тенденций в динамике пограничных расстройств.

К таким показателям относятся: по методике ММИЛ «Пессимистичность», «Ригидность», «Оптимистичность», «Социальная интроверсия»; по методике восьмицветового теста Люшера «Коэффициент вегетативного баланса»; по методике оценки качества жизни «SF-36» шкалы «Общее состояние здоровья», «Физическое функционирование», «Влияние физического состояния на ролевое функционирование», «Влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование», «Интенсивность боли», «Жизнеспособность», «Самооценка психического здоровья».

### **Выводы**

1. Эмоционально – личностная сфера лиц с невротическими расстройствами характеризуется снижением поисковой активности, пассивностью, уходом от конфликтов, стремлением к покою, нарушением целенаправленности поведения, адекватностью эмоциональной сферы (что универсально отражается в завышении астенических шкал), а также снижением стрессоустойчивости, невозможностью адекватно воспринимать и регулировать свое состояние (преобладание выбора относительно продуктивных и непродуктивных копинг-стратегий совладания со стрессом в эмоциональной сфере). Неудовлетворенность процессом жизни, снижение общего социального функционирования в основном происходящего за счет влияния эмоционального состояния, нежели физического, снижение энергетического потенциала.

1. Эмоционально – личностная сфера лиц с невротоподобными расстройствами характеризуется наличием тенденции к тревожности, внутреннему напряжению, неуверенности в себе, пассивностью позиции (доминирование тропного тонуса), склонностью к разочарованиям, неустойчивостью в стрессе. Снижением общего фона настроения, энергетического потенциала, ограниченностью контактов, нарушением физического и эмоционального состояния, что мешает выполнению повседневной деятельности и ролевому функционированию, а также снижением самооценки психического и физического здоровья.

3. Для обеих групп расстройств характерно повышение шкал астенического регистра по методике ММИЛ, а именно по шкалам «Невротический сверхконтроль поведения», «Пессимистичность», «Эмоциональная лабильность», «Тревожность»; преобладание выбора относительно продуктивных и непродуктивных копинг-стратегий в эмоциональной, когнитивной и поведенческой сферах; снижение коэффициента вегетативного баланса по методике восьмицветового теста Люшера, в границах от 1 и меньше; снижение эмоциональной насыщенности, удовлетворенности процессом жизни в настоящем, что отражается в показателях шкалы «Процесс жизни» по методике смысло-жизненных ориентаций, и снижение качества жизни по методике оценки качества жизни «SF-36».

Различия двух групп выражаются в более интенсивном снижении выше указанных параметров; по методике ММИЛ лицам с невротоподобными расстройствами характерен повышенный уровень пессимистичности, ригидности, снижение оптимистичности и социальных контактов; снижение коэффициента вегетативного баланса менее 1; снижение общего состояния здоровья, физического функционирования, увеличение влияния физического и эмоционального состояния на ролевое функционирование, снижение самооценки психического здоровья и жизнеспособности, а также увеличение интенсивности болевых симптомов.

2. Критерии дифференциальной диагностики, основанные на различиях между эмоционально – личностными особенностями пациентов с невротическими и невротоподобными расстройствами.

№	Выявленные достоверно различные показатели по методикам исследования	Вероятность диагностирования невротического расстройства (Тб; б)	Вероятность диагностирования невротоподобного расстройства (Тб; б)
1	«Пессимистичность»	До 69 Тб	От 72 Тб
2	«Ригидность»	До 63 Тб	От 70 Тб
3	«Оптимистичность»	До 55 Тб	До 50 Тб
4	«Социальная интроверсия»	До 55 Тб	От 64 Тб
5	«Коэффициент вегетативного баланса»	От 0,5 до 1	От 0,5 до 0,9
6	«Общее состояние здоровья»	До 55 б	До 45 б
7	«Физическое функционирование»	До 90 б	До 60 б
8	«Влияние физического состояния на ролевое функционирование»	До 60 б	До 30 б
9	«Влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование»	До 50 б	До 20 б
10	Интенсивность боли»	До 75 б	До 30 б
11	«Жизнеспособность»	До 50 б	До 40 б
12	«Самооценка психического здоровья»	До 60 б	До 50 б

## **Глоссарий:**

**Адаптация** – это процесс приспособления организма или личности к изменяющимся условиям и требованиям окружающей среды.

**Дезадаптация** – нарушение приспособления к условиям существования, в первую очередь утрата приспособляемости к условиям социальной среды, являющаяся следствием психического заболевания.

**Дифференциальная диагностика** – диагностика состояния здоровья по наличию у больного определенных симптомов, для постановки точного диагноза.

**Клиническая динамика** – процесс течения болезненного состояния.

**Невроз** – это психогенное (как правило, конфликтогенное) нервно-психическое расстройство, которое возникает в результате нарушения особо значимых жизненных отношений человека и проявляется в специфических клинических феноменах при отсутствии психотических явлений.

**Неврозоподобное расстройство** – психопатологическое состояние, по своим клиническим проявлениям напоминающие неврозы, симптоматика которого обусловлена эндо, экзо - или соматогенными факторами.

**Патоморфоз** – изменение клинической картины заболевания.

**Психическая реакция (или стадия реакции)** – это кратковременный ответ на какую-либо ситуацию или внешнее воздействие.

**Психическим состоянием (или стадия состояния)** – это стойкий психопатологический синдром без склонности к развитию или регрессу.

**Психогения** – психические состояния от психической реакции до заболевания; психические заболевания или расстройства психической деятельности, вызванные эмоциональным потрясением; шире понятия «невроз».

**Соматогения** – вредные факторы соматического генеза, приводящие к развитию психопатологической симптоматики; психические расстройства соматогенного происхождения.

### Список литературы:

1. Аксенов М.М. Клинико-динамический анализ пограничных нервно-психических расстройств (региональные аспекты): Автореф. дис. ... д-ра. мед. наук. – Томск, 1995. - 46 с.
2. Аксенов М.М., Семке В.Я., Ветлугина Т.П. и др. Психосоматический аспект изучения пограничных состояний // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2011. - № 3 (21). – С. 16-18.
3. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. – М.: Медицина, 2015. – 496 с.
4. Александровский Ю.А. Состояния психической дезадаптации и их компенсация (пограничные нервно-психические расстройства). – М.: Наука, 2001. – 272 с.
5. Басов А.Н. Показатели обращаемости больных неврозами за помощью к различным специалистам // Тез. докл. XIV съезда психиатров России. – М., 2005. – С. 112.
6. Березин Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека. - Л.: Наука, 1988. - 270
7. Березин Ф. Б. Методика многостороннего исследования личности (структура, основы интерпретации, некоторые области применения) / Ф. Б. Березин, М. П. Мирошников, Е. Д. Соколова – М. : Медицина, 1999. — 175 с.
8. Блейхер В.М., Крук И.В. Толковый словарь психологических терминов/Под ред. канд. мед. наук Бокова С.Н./2т.- Ростов-на-Дону: «Феникс».1996. – 153с.
9. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина. – М., 1999. – 376 с.
10. Братусь Б.С. Аномалии личности. – М.: Мысль, 1988. – 301 с.
11. Вассерман Л.И., Кудрявцев И.А. Психологическая диагностика при нервно – психических и психосоматических заболеваниях. – Л., 1985. – 162 с.

12. Великанова Л. П. Донозологическая диагностика и профилактика пограничных нервно-психических расстройств. Сравнительно-возрастной аспект.: Автореф. дис. ... д-ра. мед. наук. – Москва, 2008. – 43 с.
13. Выготский Л. С. Учение об эмоциях. – М., 1956. – 176 с.
14. Выготский Л. С. Лекции по психологии. М., 1934. – 50 с.
15. Гиляревский С. Р., Орлов В.А., Бенделиани Н.Г. Современная методология оценки качества жизни больных с хронической сердечной недостаточностью. – М., 2000. – 250 с.
16. Дмитриева Т.Б., Положий Б.С. Социальный стресс и психическое здоровье. – М.: Медицина, 2001. – 248 с.
17. Елисеев Ю. Ю. Справочник: Психосоматические заболевания. – СПб: Питер, 2003. – 369 с.
18. Залевский Г.В. Психическая ригидность в норме и патологии. – Томск: Изд-во Томск. ун-та, 1993. – 272 с.
19. Ильин Е. П. Эмоции и чувства. – СПб: Питер, 2001. – 752 с: ил. – (Серия «Мастера психологии»).
20. Карвасарский Б. Д. Неврозы. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 1990. – 576 с.
21. Карвасарский Б. Д. Медицинская психология. – Л.: Медицина, 1982. – 272 с.
22. Карвасарский Б. Д. Психотерапевтическая энциклопедия. – СПб.: Питер Ком, 1998. – 752 с.
23. Кербигов О.В. Клиническая динамика психопатий и неврозов // Акт. Речь. – М., 1962. – 7 с.
24. Кожевников В.Н., Кожевникова Т.А. Психотерапевтическая нейроиммунореабилитация: Монография / Красноярск, 2005. – 142 с.
25. Кожевников В.Н. Невротические и неврозоподобные расстройства (клинико-патодинамические, реабилитационные и превентивные аспекты): Автореф. дис. ... д-ра. мед. наук. – Томск, 2006. – 41 с.

26. Куприянова И.Е., Семке В.Я. Качество жизни и психическое здоровье.– Томск: Изд-во «РАСКО», 2004.– 121 с.
27. Лакосина Н.Д. Актуальные вопросы клиники и систематики пограничных нервно-психических расстройств // Пограничные нервно-психические расстройства / Под ред. Г.В. Морозова. – М., 1983. – С. 116–122.
28. Лебединский М.С., Мясищев В.Н. Введение в медицинскую психологию. – Л.: Медицина, 1966. - 430 с.
29. Леонтьев Д. А. Тест смысложизненных ориентаций (СЖО). 2-е изд. – М.: Смысл, 2000. – 18 с.
30. Малкина-Пых И. Г. Психосоматика: Справочник практического психолога. — М.: Изд-во Эксмо, 2005. — 992 с.
31. Манухина Н.М. Социальная дезадаптация пациентов с соматическими заболеваниями как объект психологической коррекции// Журнал практической психологии и психоанализа. – 2003, №3. Ежеквартальный научно – практический журнал электронных публикаций.
32. Международная классификация болезней (10-й пересмотр): классификация психических и поведенческих расстройств / Под ред. Ю.Л. Нуллера, С.Ю. Циркина. - СПб.: АДИС, 1994. - 301 с.
33. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. – М., 1999. – 592 с.
34. Мещеряков Б.Г., Зинченко В.П. Большой психологический словарь. – М., 2002. – 650 с.
35. Мясищев В.Н. Личность и неврозы. – Л.: Изд-во ЛГУ, 1960. – 425с.
36. Орлов В. А., Гиляревский С. Р. Проблемы изучения качества жизни в современной медицине. – М., 1992. – 150 с.
37. Психология эмоций. Тексты / Под ред. В. К. Вилюнаса., Ю. Б. Гиппенрейтер. – М.: Изд-во Моск. ун-та, 1984. – 288 с.
38. Рубинштейн С. Л. Основы общей психологии. – СПб.: Питер, 2005. – 713 с.

39. Семке В.Я. Психогении современного общества: Научно-практическое издание. – Томск: Изд-во Том. ун-та, 2003. – 600 с.
40. Семке В.Я., Аксенов М.М. Пограничные состояния. Региональные аспекты. – Томск: Изд-во Томск. ун-та, 1996. – 184 с.
41. Сидоренко Е. В. Методы математической обработки в психологии. – СПб.: Речь. – 2003. – 350 с.
42. Собчик Л.Н. Метод цветowych выборов – модификация восьмицветового теста Люшера. Практическое руководство. – СПб.: Речь, 2006. – 128 с.
43. Собчик Л. Н. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности (ММРІ) / Л. Н. Собчик. – СПб., 2004. – 251 с.
44. Смулевич А. Б., Психосоматические расстройства. – М., 1997. – 120 с.
45. Смулевич А. Б. Ипохондрия и соматоформные расстройства. – М., 2000. – 95 с.
46. Уманский С. В., Динамика пограничных психических расстройств (клинический, прогностический и синергетический подходы): Автореф. дис. ... д-ра. мед. наук. – Томск, 2008. – 35 с.
47. Ушаков Г.К. Пограничные нервно-психические расстройства. – М.: Медицина, 1987. – 304 с.
48. Ушаков Г.К. Систематика пограничных нервно-психических расстройств // Неврозы и пограничные состояния. – Л., 1972. – С. 10-11.
49. Хомская Е.Д., Батова Н.Я. Мозг и эмоции – М.: Изд-во МГУ, 1992. С. 6-67
50. Чехлатый Е.И. Копинг-поведение у больных неврозами и его динамика под влиянием психотерапии // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 1993. - № 4. – С. 92-93.

Приложение А. Результаты «Многостороннего метода исследования личности» здоровых испытуемых, больных невротическими и невротоподобными расстройствами (M±m, Tб).

Шкалы «Многостороннего метода исследования личности» (ММИЛ)	Здоровые испытуемые (n=20) (1)	Больные с невротическими расстройствами (n=15) (2)	Больные с невротоподобными расстройствами (n=15) (3)	p 1-2	p 2-3	p 1-3
Шкала L	39,9±1,55	49,46±1,81	45,6±1,90	***	—	*
Шкала F	54,5±1,71	60,6±1,91	53,73±1,28	*	**	—
Шкала K	48,55±1,82	55,33±2,18	49,33±1,86	*	*	—
1. «Невротический сверхконтроль поведения»	49,9±1,78	72,26±2,72	76±0,82	***		***
2. «Пессимистичность»	42,2±1,75	69,13±2,06	72,93±0,93	***	*	***
3. «Эмоциональная лабильность»	51,15±1,62	70,2±2,03	73,93±1,16	***		***
4. «Импульсивность»	53,5±1,72	58,6±2,72	62,8±0,77	—	—	***
5. «Мужественность-женственность»	53,05±1,52	50,46±2,53	49,6±1,31	—	—	—
6. «Ригидность»	49,45±2,52	63,33±1,74	70,4±2,32	***	*	***
7. «Тревожность»	51,15±2,12	75,86±2,63	76,53±1,14	***	—	***
8. «Индивидуалистичность»	53±1,55	62,46±2,69	65,93±2,12	**	—	***
9. «Оптимистичность»	64,95±1,70	54,93±1,86	50,8±0,84	***	*	***
0. «Социальная интроверсия»	40,7±2,03	52,73±1,45	64,06±1,59	***	***	***
Примечание – p – достоверность различий по группам сравнения: *-p<0,05; **-p<0,01; ***-p<0,001.						

Приложение Б. Результаты методики определения индивидуальных копинг-стратегий Э.Хайма у здоровых испытуемых, больных невротическими и невротоподобными расстройствами ( $M \pm m$ ).

Подгруппы копинг-стратегий; КВБ	Здоровые испытуемые (n=20) (1)	Больные с невротическими расстройствами (n=15) (2)	Больные с невротоподобными расстройствами (n=15) (3)	p 1-2	p 2-3	p 1-3
А – Когнитивные копинг-стратегии	1,55±0,13	2,13±0,19	2±0,16	*	—	*
Б – Эмоциональные копинг-стратегии	1,45±0,15	2,33±0,12	2±0,19	***	—	*
В – Поведенческие копинг-стратегии	1,75±0,14	2,26±0,15	2,06±0,11	*	—	—
КВБ	1,36±0,05	0,9±0,05	0,68±0,04	***	**	***
Примечание – p – достоверность различий по группам сравнения: *-p<0,05; **-p<0,01; ***-p<0,001.						

Приложение В. Результаты методики определения качества жизни «SF-36» здоровых испытуемых, больных невротическими и невротоподобными расстройствами (M±m).

Шкалы опросника «Качество жизни»	Здоровые испытуемые (n=20) (1)	Больные с невротическими расстройствами (n=15) (2)	Больные с невротоподобными расстройствами (n=15) (3)	p 1-2	p 2-3	p 1-3
1.General Health (ОЗ) – общее состояние здоровья	70,1±2,97	54,46±2,15	45±2,12	***	**	***
2.Physical Functioning (ФФ) –физическое функционирование	94±1,56	87,26±2,30	61±8,06	*	**	***
3.Role – Physical (РФФ) - влияние физического состояния на ролевое функционирование	76,25±5,58	53,33±8,75	20±6,98	*	**	***
4.Role – Emotional (РЭФ) – влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование	85,15±4,46	44,86±7,01	16,33±5,30	***	**	***
5.Social Functioning (СФ) – социальное функционирование	56,2±2,82	45,86±2,48	50,33±3,24	*	—	—
6.Bodily Pain (Б) – интенсивность боли	82,35±3,94	72,53±3,94	26,33±3,18	—	***	***
7.Vitality (Ж) - жизнеспособность	69,75±2,67	50,4±2,91	39,33±3,34	***	*	***
8.Mental Health (ПЗ) – самооценка психического здоровья	69,9±2,38	58,46±2,67	47±3,31	**	**	***
Примечание – p – достоверность различий по группам сравнения: *-p<0,05; **-p<0,01; ***-p<0,001.						

Приложение Г. Результаты теста «Смыслоразнозначных ориентаций» (СЖО) здоровых испытуемых, больных невротическими и невротоподобными расстройствами (M±m).

Шкалы теста «Смыслоразнозначных ориентаций» (СЖО)	Здоровые испытуемые (n=20) (1)	Больные с невротическими расстройствами (n=15) (2)	Больные с невротоподобными расстройствами (n=15) (3)	p 1-2	p 2-3	p 1-3
1. «Осмысленность жизни» (ОЖ)	100,4±2,83	98,67±3,35	98,13±2,54	—	—	—
2. «Цели в жизни»	29,95±1,17	33,33±1,77	31,07±1,69	—	—	—
3. «Процесс жизни или интерес и эмоциональная насыщенность жизни»	30,85±1,24	26,46±1,11	27±1,09	*	—	*
4. «Результативность жизни или удовлетворенность самореализацией»	25,35±0,93	25,6±1,41	26,8±0,88	—	—	—
5. «Локус контроля – Я» (Я – хозяин жизни)	20,35±0,76	19,53±1,02	20,13±0,72	—	—	—
6. «Локус контроля – жизнь или управляемость жизни»	29,7±1,21	28,66±1,77	26,73±1,00	—	—	—
Примечание – p – достоверность различий по группам сравнения: *-p<0,05; **-p<0,01; ***-p<0,001.						