

---

# КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

## ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

**Е.А. Колотильщикова**

*Санкт-Петербургский научно-исследовательский  
психоневрологический институт имени В.Н. Бехтерева,  
Санкт-Петербург*

Начиная с 60-х гг. XX в. учеными в области психического здоровья проведены многочисленные психодиагностические исследования больных с невротическими расстройствами. Результаты некоторых из них не потеряли своей актуальности до сегодняшнего дня. Часть результатов перекликается с психодиагностическими исследованиями более широкой группы больных – больных пограничными психическими расстройствами, к которой относятся и больные невротическими расстройствами (Николаев Е.Л., 2007). Нам представляется важным привести в данной работе результаты некоторых из них, для того чтобы оценить устойчивость, воспроизводимость и согласованность полученных научных данных.

Патопсихологические исследования больных с невротическими расстройствами относительно немногочисленны и нередко сводятся к тому, что у этих пациентов отсутствуют выраженные нарушения познавательных процессов, однако имеет место ряд особенностей.

При изучении особенностей восприятия больных неврозами И.Н. Гильяшева (1969) учитывала их личностное отношение к объекту. Больным предъявлялись изображения предметов, различающихся по степени эмоциональной значимости. Среднее время узнавания изображений предметов у больных с невротическими расстройствами статистически достоверно превышало соответствующие показатели у здоровых испытуемых из-за воз-

растания времени максимальных экспозиций эмоционально-значимых изображаемых объектов.

Учеными отмечается также и личностно-мотивационная обусловленность мнестических процессов у больных с невротическими расстройствами (Карвасарский Б.Д., 2010). Одной из наиболее характерных особенностей является диссоциация между степенью выраженности жалоб на снижение памяти и противоречащими им данными экспериментальных исследований, особенно это свойственно пациентам с истерическими расстройствами. При оценке этих результатов существенное значение приобретает учет отношения больных к эксперименту. Показатели памяти оказываются при неврозе различными, например в случае установки на роль тяжелого "органического" больного и у пациента, стремящегося "доказать", что он не страдает психическим заболеванием.

Изложение результатов исследований личности больных с невротическими расстройствами с позиций типологического подхода с помощью такого широко известного опросника, как ММРІ, крайне затруднено в виду существования большого количества вариантов этого метода и разных интерпретационных схем, предлагаемых различными авторами. В нашей стране существует три наиболее распространенные адаптированные версии ММРІ: первые публикации принадлежат Ф.Б. Березину и М.П. Мирошникову (1967), предложенная ими оригинальная интерпретация шкал опросника вытекает из единого принципа – оценки профиля с точки зрения степени психической адаптированности испытуемого. Главными симптомами и признаками нарушения адаптации являются тревожные и депрессивные тенденции как субъективное отражение нарушения психологического и психофизиологического равновесия (Березин Ф.Б., Мирошников М.П., Рожанец Р.В., 1976). Две другие версии появились практически одновременно в ходе работ над адаптацией полного текста ММРІ, проводимых независимо в Ленинграде и в Москве, где Л.Н. Собчик (1971) были предложены собственные интерпретационная схема и названия шкал, приспособленные к характеристике личности здорового контингента испытуемых, в этом варианте опросник получил также другое название – СМІЛ (Стандартизированный многофакторный метод ис-

следования личности). В Институте имени В.М. Бехтерева полный текст ММРІ апробировался на больных разных нозологических групп (Беспалько И.Г., Гильяшева И.Н., 1971), проводилась его стандартизация на нормативной выборке, однако, к сожалению, не была разработана и опубликована система интерпретации метода. С учетом того что разные авторы используют различные версии ММРІ, в литературе появляются противоречивые данные использования этого метода в группе больных с невротическими расстройствами, еще большая путаница возникает при попытке интерпретировать полученный материал.

Так, Л.Н. Собчик (2007) указывает, что независимо от формы невроза общим для острого невротического состояния является наличие в профиле СМИЛ пиков по шкалам невротической триады (1-й, 2-й и 3-й) с сопутствующим пиком по 7-й шкале. Автор также отмечает, что, "чем более выражена острота состояния, тем выше пик по 2-й шкале. Хроническая дезадаптация характеризуется высоким плато по 7-й и 8-й шкалам – выше 70 Т" (Собчик Л.Н., 2007). Невротическое развитие проявляется незначительным повышением по 2-й и 7-й шкалам и некоторым (вторичным) повышением по 4-й, 6-й, 9-й, 0-й шкалам, при этом такой профиль становится стабильным, без признаков позитивной динамики. Из приводимых данных делается вывод, что больные с невротическими расстройствами отличаются зависимостью от социальных норм и запретов, склонностью к глубоким чувствам и саморефлексии, а также эмоциональной и вегетативной неустойчивостью.

А. Кокошкарлова (1983) дифференцирует легкую и тяжелую степень невротического состояния, для первого варианта характерно повышение шкал невротической триады до 70-80 Т-баллов, для второго – превышение показателей 1-й, 2-й и 3-й шкал уровня в 80 Т-баллов и присоединения подъема по 7-й шкале. Автор также выделяет присущие разным формам невроза типы профиля: истерические нарушения сопровождаются так называемым "конверсионным зубцом" (или "конверсионной V") – сочетание подъема профиля по 3-й и 1-й шкалам и снижением по 2-й; больные с тревожно-фобическим синдромом характеризуются высокими показателями 7-й и 2-й шкал с преобладанием первой, если данный симптомокомплекс сопровож-

дается опасениями за состояние своего здоровья, то наблюдается пик профиля и на 1-й шкале.

Исследования больных с невротическими расстройствами, проведенные в клинике неврозов и психотерапии Института имени В.М. Бехтерева, также отражают довольно разнородные данные: И.А. Винкшна (1974) отмечает пики профиля по 2-й, 6-й, 4-й и 3-й шкалам; В.А. Абабков (1993) при изучении патоморфоза неврозов указал, что для больных с истерической формой расстройства характерно повышение показателей 2-й, 4-й и 6-й шкал, пациентам с неврастенией свойственны высокие значения 2-й, 4-й и 3-й шкал, а больным с неврозом навязчивых состояний – 2-й, 1-й, 6-й и 7-й, во всех группах значения остальных параметров превышали значения в 60 Т-баллов.

Таким образом, в условиях клиники пограничных нервно-психических расстройств использование теста ММРІ для оценки структуры личности усредненной группы больных представляется довольно ограниченным, что, однако, не умаляет достоинств метода при индивидуальном тестировании.

Изучение структуры личности больных с невротическими расстройствами и здоровых лиц с помощью психодиагностической методики ISTA показало уменьшение конструктивного компонента агрессии в указанной нозологической группе при одновременном увеличении дефицитарного, кроме того, отмечалось снижение показателей конструктивных внешнего и внутреннего Я-отграничения, значимое увеличение уровня деструктивной тревоги. Полученные данные характеризуют больных неврозами как лиц с доминированием пассивно-оборонительного стиля реагирования, при этом снижение психической активности на уровне поведения сочетается с повышением интенсивности эмоциональных переживаний (Кабанов М.М., Незнанов Н.Г., 2003).

Большое внимание отечественными исследователями уделялось изучению системы психической адаптации у больных с невротическими расстройствами, имеющей в основе механизмы психологической защиты и совладания (копинг-поведения).

Большинство ученых признаёт адаптивную функцию механизмов психологической защиты, заключающуюся в предохранении сознания индивида от болезненных чувств и воспомина-

ний (Бассин Ф.В., 1969; Мягер В.К., 1983; Соколова Е.Т., 1989; Ташлыков В.А., 1992, и др.), однако у пациентов с невротическими расстройствами, особенно при проведении психотерапевтической работы, защита создает определенные препятствия, обеспечивая сопротивление переработке психотравмирующего содержания переживаний. В.А. Ташлыков (1984, 1992) выделил различные стили невротического функционирования для трех основных форм невроза с преобладанием тех или иных сочетаний механизмов психологической защиты и совладания. Так, для больных неврастением в начале заболевания характерно использование активных копинг-механизмов, таких, как "переклочение мыслей на более важные, чем болезнь, размышления; уход в работу, деятельность какого-либо рода; сохранение самообладания" (Ташлыков В.А., 1992. С. 7), по мере хронизации заболевания эти формы поведения сменяются преобладанием таких пассивных защитных механизмов, как вытеснение (подавление), отрицание, рационализация, идентификация. Для больных с истерическим неврозом наиболее типичными оказались вытеснение, а также реактивные образования, проекция и регрессия. Защитные механизмы – интеллектуализация и изоляция аффекта – свойственны больным неврозом навязчивых состояний. Дальнейшие исследования механизмов психологической защиты у больных с невротическими расстройствами были достаточно разноречивыми. Так, Л.И. Вассерман с соавт. (1998) указывают, что больные неврозами меньше, чем здоровые, используют отрицание и больше – замещение, проекцию, вытеснение. Авторы делают вывод о том, что дезадаптированность исследованных пациентов характеризуется не столько отсутствием высоких оценок по интеллектуализации и отрицанию, свойственным испытуемым контрольной группы, сколько сверхнапряженным использованием механизмов замещения, проекции, вытеснения. В работе А.В. Рыжик (2005) эти положения подтвердились лишь частично: у больных неврозами по сравнению со здоровыми лицами диагностировались достоверно более высокие значения показателей регрессии, компенсации, проекции, реактивные образования, замещение. Создается впечатление, что единого механизма (или единой группы защит), свойственного больным с невротическими расстройствами, ко-

которые устойчиво воспроизводились бы в эксперименте, на сегодняшний день выделить не удастся.

Исследования копинг-поведения у больных неврозами проводились Р.К. Назыровым (1993), Н.М. Веселовой (1994), Л.М. Таукеновой (1995), Е.Л. Николаевым (2006), Е.С. Сусловой и Е.Л. Николаевым (2006) и др.

Наиболее масштабное исследование механизмов совладания у больных неврозами провел Е.И. Чехлатый (2007), показавший, что обозначенные пациенты достоверно реже, чем здоровые люди, используют адаптивные эмоциональные и поведенческие копинг-стратегии. В плане когнитивных механизмов копинга указанные больные, напротив, демонстрировали более адаптивное поведение сравнительно со здоровыми лицами. Автор также делает вывод о том, что механизмы психологической защиты и копинг-поведение находятся в определенной взаимосвязи. Так, регрессия оказывает влияние на формирование копинг-стратегий "бегство-избегание" и "дистанцирование", а "интеллектуализация" способствует выбору копинг-стратегий "планирование решения проблемы".

В работах Н.В. Тарабриной (1973, 1984) была показана высокая диагностическая ценность Теста рисуночной фрустрации S. Rosenzweig в дифференциации больных истерией и неврастенией. Так, у пациентов с истерическими расстройствами устойчиво обнаруживалось "повышенное значение показателей экстрапунитивного направления реакций (E) и типа реакций "с фиксацией на препятствии" (OD) как по сравнению с соответствующими показателями группы больных неврастенией, так и в сравнении с группой здоровых лиц" (Тарабрина Н.В., 1984). Характеризуя группу больных с невротическими расстройствами в целом, автор указывает, что за исключением интропунитивного направления (I) и типа реакции "с фиксацией на самозащите" (ED), их профиль фрустрационных реакций статистически достоверно отличается от такового в контрольной группе здоровых лиц. У изученных пациентов доминирует тип реакций "с фиксацией на удовлетворении потребностей" (NP), т.е. для больных неврозом более характерно в ситуации фрустрации требование помощи от другого лица для ее разрешения. Одновременно наблюдались значимые различия по показателю GCR, который

статистически достоверно меньше у больных с невротическими расстройствами по сравнению с контрольной группой здоровых.

Исследования, проводимые в рамках изучения уровня локуса контроля, являющегося частью теории социального научения J.B. Rotter (1954, 1982), показывают, что "вероятность появления психических заболеваний у интерналов ниже, чем у экстерналов" (Hjelle L.A., Ziegler D.J., 2006). Люди с внешним локусом контроля чаще сталкиваются с различными психологическими проблемами, и у них выше уровень тревоги и депрессии (Phares E.J., 1978; Lefcourt H.M., 1982; Parkes K.R., 1984). В нашей стране исследования уровня субъективного контроля у больных с невротическими расстройствами проводятся с середины 1980-х гг., при этом все авторы устойчиво указывают на преобладание экстернального локуса контроля (Голынкина Е.А., 1992; Абабков В.А., 1993; Федоров А.П., 1995, и др.).

Исследование динамики уровня субъективного контроля у больных с невротическими расстройствами показало, что общая интернальность была низкой и практически не менялась с 1980-х по 2009 год (Колотильщикова Е.А., Мизинова Е.Б., 2010). Пациенты обследованной клинической группы, независимо от временного периода, не были готовы принимать на себя ответственность за отрицательные события в своей жизни, и в силу своей конформности и зависимости не обладали стойкостью перед лицом неблагоприятных внешних обстоятельств (невезения, трагедий, стрессов и трудностей).

Изменения коснулись только отдельных составляющих локус-контроля. Уровень субъективного контроля в семейных и производственных отношениях, а также в области здоровья и лечения у пациентов, находившихся на лечении в отделении неврозов и психотерапии Института имени В.М. Бехтерева в 2007-2009 гг., был ниже, чем в середине и конце 1980-х гг. Больные с невротическими расстройствами в 1980-х гг. были более расположены брать на себя ответственность за события, происходящие в их жизни, лучше адаптированы, нежели представители той же клинической группы в 1990-х и в начале 2000-х гг., которые в большей степени стремились приписывать ответственность внешним факторам.

У больных невротизмом в начале 2000-х гг. уровень интернальности был выше в области здоровья и лечения, в сфере достижений и межличностных отношений по сравнению с 1990-ми гг. В 1990-х гг., в противоположность остальным исследованным временным периодам, пациентам был свойствен наиболее высокий внешний локус-контроль, который проявляется прежде всего в атрибуции социальной ответственности, настороженном и боязливом отношении к внешнему миру и окружающим, неуверенностью в себе. По всей видимости, данный факт обусловлен тем, что в 1990-х гг. в России происходила смена общественно-политического строя с социалистического на капиталистический, и другие во многом кризисные социально-экономические перемены.

Изучение уровня психической ригидности у больных с невротическими расстройствами с помощью Томского опросника ригидности (ТОР) (Залевский Г.В., 1993, 2000) показало, что по сравнению с группой здоровых людей у указанных пациентов параметры интенсивности и глубины психической ригидности оказались значительно выше, особенно в эмоциональной подструктуре личности. Кроме того, больные невротизмом оказались более однородной, чем контрольная группа, для которой психическая ригидность выступает более очевидно как общее свойство.

Проводимое в рамках адаптации Торонтской алекситимической шкалы (TAS) исследование уровня алекситимии у больных невротизмом и здоровых лиц показало статистически достоверные различия между этими выборками (Ересько Д.Б., Исурина Г.Л. и др., 2005). В контрольной группе указанный показатель составил  $59,3 \pm 1,3$  балла, а у пациентов с невротическими расстройствами –  $70,1 \pm 1,3$ . Авторам удалось также доказать, что высокая степень алекситимии связана у больных невротизмом с повышенным уровнем невротичности и соматизации, определяемым с помощью симптоматического опросника Александровича, низкой способностью к воображению, и с правополушарным типом функциональной межполушарной активности головного мозга.

Л.И. Вассерман, В.В. Бочаров и др. (1994) на основании исследования 92 больных невротизмом с помощью методики интерперсональных отношений Т. Leary установили, что для указан-



ной группы пациентов характерны уступчивость, кротость, пассивность, подчиняемость, несамостоятельность, конфликтность, наряду со скептицизмом, негативизмом и упрямством, в то же время в самооценках своих коммуникативных качеств больные неврозами подчеркивают, что им несвойственны склонность к доминированию, уверенность в себе и отзывчивость. Анализ самооценок "идеального Я" обнаружил, что пациенты с невротическими расстройствами хотели бы быть гораздо менее зависимыми и конформными, более самостоятельными, сохраняя отзывчивость, бескорыстие и добросердечность. По данным исследования, они характеризовались существенной рассогласованностью самооценок желаемых и реальных качеств, хотя большинство используемых в их описаниях характеристик не выходит за так называемый нормативный уровень.

С целью изучения динамики социально-психологических особенностей личности больных с невротическими расстройствами проводился сравнительный анализ основных психосоциальных качеств личности больных неврозами и нормативной выборки здоровых испытуемых с помощью Гиссенского личностного опросника (Мизинова Е.Б., Колотильщикова Е.А., 2009). Сопоставлялся характер и степень выраженности основных социально-психологических переменных, определяемых с помощью Гиссенского личностного теста, у пациентов с невротическими расстройствами, находившимися на стационарном лечении в отделении неврозов и психотерапии Института имени В.М. Бехтерева в 2007-2009 гг. и за период с середины 1980-х по начало 2000-х гг. (Носков Г.Г., 1987; Голынкина Е.А., 1992; Аристова Т.А., 1999; Захарова М.Л., 2001).

Было выявлено, что существуют достоверные различия между больными с невротическими расстройствами и респондентами нормативной выборки по таким характеристикам социально-психологических особенностей личности, как представления о преобладающем настроении, доминирование, самоконтроль и замкнутость. Указанным пациентам в большей степени свойственны такие личностные особенности, отождествляющиеся с психосоциальными защитными формами поведения, как доминантность, недружелюбие, притязания на первенство в коллективе, что сочеталось у них с повышенным самоконтролем (акку-

ратностью, склонностью к сдержанному поведению) и замкнутостью, недоверчивостью. Пациенты с невротическими расстройствами были менее, чем здоровые, уверены в своей положительной социальной репутации, уважении и высокой оценке других людей, они отличались меньшим развитием своих социальных способностей.

В ходе сравнительного исследования определялись общие незначительные изменения средних значений шкал Гиссенского личностного теста у всех обследованных больных с невротическими расстройствами в период с 1980-х годов по 2009 год. Больные невротизмом в 2007-2009 гг., в сопоставлении с пациентами середины 1980-х гг., были более неуверенны, критичны к себе и своим возможностям, у них отмечался более высокий уровень осознания имеющихся проблем через призму неудовлетворенности собой и пессимистической оценки своих перспектив, т.е. у них диагностировалось значимо более выраженное депрессивное состояние. В конце 1990-х гг. больные с невротическими расстройствами, проходившие лечение в отделении неврозов и психотерапии Института имени В.М. Бехтерева, отличались от пациентов с невротизмом в 2007-2009 гг. меньшей психологической зрелостью, социальной компетентностью, развитостью социальных навыков и способностей, они в меньшей степени стремились к теплым длительным партнерским отношениям, внешние стрессовые обстоятельства негативно влияли на их психическое состояние, делая более тревожными, замкнутыми, подавленными, блокируя социальную активность, инициативность, проявление агрессивных чувств.

Таким образом, депрессивный фон преобладающего настроения оказался более выраженным в 2007-2009 гг. в сопоставлении с серединой 1980-х гг., но полюс доминирующего настроения сместился в сторону большей оптимистичности по сравнению с больными невротизмом конца 1990-х и начала 2000-х гг. Вероятно, политические, социально-экономические и другие перемены, происходившие в России в 1990-х и начале 2000-х гг. обусловили рост уровня депрессивности, недоверия и закрытости, инициировали снижение уверенности в себе, своей социальной привлекательности и способностях у пациентов с невротическими расстройствами.

Г.С. Соколовой (1971) и И.А. Винкшной (1971) проводилось исследование системы отношений больных неврозами с помощью методики незаконченных предложений. Эти данные сопоставлялись с результатами клиникo-психологических исследований по оценке лечащих врачей, и был отмечен высокий процент совпадений показателей. Авторы выделили области отношений, отличающиеся наибольшей степенью нарушений – это самооценка, жизненные цели (отношение к будущему, нереализованные возможности) и отношение к родным.

Исследование самоотношения больных невротическими расстройствами проводилось в работах Е.С. Суслевой и Е.Л. Николаева (2009), Е.Л. Николаева с соавт. (2012). Установлено, что эмоционально-оценочная система самоотношения при невротических расстройствах характеризуется низким уровнем самоосознанности. При дифференцированном варианте дискурсивного типа пациенты отличаются высоким уровнем закрытости, нежеланием продуктивно обсуждать собственную личность и ее проблемы. Недостаточное принятие собственной личности сопровождается у пациентов при диффузном варианте дискурсивного типа актуализацией потребности в тесном общении и понимании. Уважение к собственной личности при диссоциированном варианте дискурсивного типа определяется не системой внутренних ориентиров, а результатами оценки окружающими при межличностном общении.

Изучению ценностных предпочтений у пациентов с невротическими расстройствами посвящены относительно немногочисленные работы отечественных ученых (Кошечев А.Н., 1989; Тер-Багдасарян Л.П., 1990; Абабков В.А., 1993). Исходя из полученных авторами данных, сфера ценностных ориентаций у больных неврозами является малодинамичным (практически не видоизменяется с течением времени) образованием, в котором ведущее место отводится здоровью, любви и счастливой семейной жизни.

Сравнительное исследование ценностных ориентаций пациентов с невротическими расстройствами и больных шизофренией (Голенищенко А.В. и др., 2009) показало, что первые по сравнению с пациентами с шизофренией больше ориентированы на внутреннюю гармонию, свободу от внутренних противоре-

чий, сомнений; счастливую семейную жизнь; отсутствие материальных затруднений; здоровье (физическое и психическое), а также на духовную и физическую близость с любимым человеком. В связи с этим можно говорить о большей нормативности, социальной приемлемости смысловых ценностных ориентаций больных невротическими расстройствами, по сравнению с пациентами с шизофренией.

Для больных неврозами более значимыми являются ценности самоутверждения: суверенность, способность функционировать независимо и твердо, смелость в отстаивании своего мнения, взглядов и убеждений, твердая воля, умение настаивать на своих воззрениях, не отступать перед трудностями. Для них также более важную роль играют этические операциональные ценности – ответственность, чувство долга, умение держать свое слово, честность, правдивость и искренность, а также способность трезво и логично размышлять, выводить взвешенные, целесообразные заключения.

И.Н. Гильяшева (1969, 1983) провела исследование особенностей интеллектуальной деятельности больных неврозами с помощью Шкалы интеллекта для взрослых D. Wechsler (WAIS). Выяснилось, что показатели итоговой вербальной оценки IQ достоверно отличают пациентов с истерией и психастенией (неврозом навязчивых состояний), у последних они самые высокие. Полярными по успешности выполнения невербальных заданий оказались больные неврастенией (высокие значения итоговой невербальной оценки) с одной стороны, и психастенией и истерией – с другой. Автор пишет: "больных психастенией можно характеризовать абстрактно-логическим подходом, продуктивным при выполнении многих вербальных заданий и малопродуктивным при выполнении невербальных, особенно конкретных ... Больных истерией характеризует конкретно-образное, импульсивное и эгоцентрическое мышление, что снижает их результаты в большинстве и вербальных, и невербальных заданий. Больные неврастенией характеризуются хорошим балансом абстрактно-логического и образно-действенного мышления, и, хотя они выполняют вербальные задания несколько хуже больных психастенией, это компенсируется хорошим выполнением невербальных, так что общий уровень интеллекта

(IQ) по методике Векслера у этих групп больных примерно одинаков" (Гильяшева И.Н., 1983. С. 150-151).

В описываемом исследовании, с целью экспериментального подтверждения выдвигаемой многими авторами гипотезы о существовании тесной связи между личностными особенностями и характеристиками интеллектуальной деятельности, был проведен факторный анализ (методом главных компонент). Первый фактор, интерпретированный как фактор общего интеллекта, включал в себя полную оценку IQ, итоговые вербальную и невербальную оценки, а также отдельные субтесты – "Сходства", "Общая понятливость", "Словарь" и "Узор из кубиков", высокие показатели по этому фактору объединили больных психастенией и неврастенией. Второй фактор, интерпретированный как "имеющий отношение к индивидуальному типу как интеллекта, так и личности в целом", биполярен, он отрицательно коррелирует с вербальными субтестами, и положительно – с невербальными. Распределение по этому фактору больных с невротическими расстройствами резко выделило несколько испытуемых с отрицательным его значением, все они оказались пациентами с психастенией. Совместная факторизация параметров шкалы D. Wechsler и личностного опросника Н.Ж. Eysenck показала отсутствие значимых корреляций между этими методиками, однако была выявлена положительная связь ( $r=+0,66$ ) показателя экстраверсии по Н.Ж. Eysenck со вторым фактором интеллекта. Автор считает, что полученные данные "свидетельствуют о наличии в интеллекте фактора, связанного с типом личности, в частности с таким свойством, как экстраверсия – интроверсия, и позволяют выявить специфические особенности интеллекта и личности при разных формах невроза" (Гильяшева И.Н., 1983. С. 152).

Таким образом, анализ множества отечественных исследований, посвящённых психодиагностическому исследованию больных невротическими расстройствами показал, что к настоящему времени достаточно подробно изучена структура личности больных указанной клинической группы, используемые ими механизмы психологической защиты и копинг-стратегии, особенности фрустрационного реагирования. Описаны результаты исследований, проводимых в рамках изучения локуса кон-

троля, в том числе исследования уровня субъективного контроля у больных с невротическими расстройствами в динамике в последние десятилетия, система отношений личности. Подробно рассмотрены работы по изучению особенностей интеллектуальной деятельности больных неврозами с помощью Шкалы интеллекта для взрослых. Изложены результаты других патопсихологических и экспериментально-психологических исследований пациентов с невротическими расстройствами, что является основой для более глубокого понимания механизмов формирования невротических расстройств и разработки программ их лечения и профилактики.

### Литература

1. *Аббатов В.А.* Патоморфоз неврозов: дис.... д-ра. мед. наук / НИПНИ имени В.М. Бехтерева. СПб., 1993. 335 с.
2. *Алекситимия* и методы ее определения при пограничных психосоматических расстройствах: пособие для психологов и врачей / Д.Б. Ереско, Г.Л. Исурина, Е.В. Кайдановская, Б.Д. Карвасарский и др. СПб.: НИПНИ имени В.М. Бехтерева, 2005. 25 с.
3. *Аристова Т.А.* Сравнительные исследования биологического и психологического компонентов психической адаптации больных неврозами и неврозоподобной шизофренией: дис.... канд. психол. наук. СПб., 1999. 196 с.
4. *Бассин Ф.В.* О силе "Я" и психологической защите // *Вопр. философии.* 1969. № 2. С. 118-125.
5. *Березин Ф.Б., Мирошников М.П.* Тест ММРІ как метод объективной оценки психофармакологического эффекта // *Современные психотропные средства. Диапазон действия и методы оценки.* М., 1967. С. 47.
6. *Березин Ф.Б.* Методика многопрофильного исследования личности (в клинической медицине и психогигиене) / Ф.Б. Березин, М.П. Мирошников, Р.В. Рожанец. М., 1976. 176 с.
7. *Беспалько И.Г., Гильяшева И.Н.* О некоторых методических и диагностических возможностях применения ММРІ // *Журн. невропатол. и психиатр. имени С.С. Корсакова.* 1971. Вып. 12. С. 1850-1857.
8. *Веселова Н.М.* Особенности психологических конфликтов и копинг-поведения у лиц, обращающихся за психологической консультативной помощью и больных неврозами: автореф. дис....

- канд. психол. наук / НИПНИ имени В.М. Бехтерева. СПб., 1994. 24 с.
9. *Винкина И.А.* К характеристике системы отношений личности больных, страдающих неврозами // *Клин.-психол. исслед. личности.* Л., 1971. С. 87-89.
  10. *Винкина И.А.* Клинико-психологический анализ особенностей личности больных неврозами в связи с задачами диагностики и психотерапии в условиях психоневрологического диспансера: автореф. дис... канд. психол. наук. Л., 1974. 20 с.
  11. *Гильяшева И.Н.* Интеллект и личность при неврозах // *Исследование личности в клинике и экстремальных условиях.* Л., 1969. С. 151-165.
  12. *Гильяшева И.Н.* Вопросники как метод исследования личности // *Методы психологической диагностики и коррекции в клинике / под ред. М.М. Кабанова, А.Е. Личко, В.М. Смирнова.* Л.: Медицина, 1983. С. 62-81.
  13. *Гильяшева И.Н.* Исследования интеллекта // *Методы психологической диагностики и коррекции в клинике / под ред. М.М. Кабанова, А.Е. Личко, В.М. Смирнова.* Л.: Медицина, 1983. С. 145-156.
  14. *Гольнкина Е.А.* Динамика социально-психологических характеристик больных неврозами в процессе групповой психотерапии: дис.... канд. психол. наук / НИПНИ имени В.М. Бехтерева. СПб., 1992. 168 с.
  15. *Залевский Г.В.* Психическая ригидность в норме и патологии. Томск: Изд-во ТГУ, 1993. 272 с.
  16. *Залевский Г.В.* Томский опросник ригидности // *Сибирский психол. журн.* 2000. Вып. 12. С. 138-145.
  17. *Захарова М.Л.* Исследование дисфункциональных отношений у больных неврозами и их динамики в процессе психотерапии: дис.... канд. психол. наук. СПб., 2001. 230 с.
  18. *Кабанов М.М.* Очерки динамической психиатрии: транскультуральное исследование / под ред. М.М. Кабанова, Н.Г. Незнанова. СПб.: НИПНИ имени В.М. Бехтерева, 2003. С. 339-340.
  19. *Карвасарский Б.Д.* Клиническая психология: учебник для вузов / под общ. ред. Б.Д. Карвасарского. 4-е изд., перераб. СПб.: Питер, 2010. 864 с.
  20. *Кокошкарлова А.* Психодиагностика на неврозите и неврозоподобныи съостояния. София: Медицина и физкультура, 1983. С. 172-184.

21. *Колотильщикова Е.А., Мизинова Е.Б.* Сравнительное исследование локуса контроля у больных с невротическими расстройствами в период социально-экономических перемен // Вестник Пятигор. гос. лингв. ун-та. 2010. № 2. С. 329-332.
22. *Коцеев А.Н.* Особенности социально-трудовой адаптации больных неврозами (клинико-экспериментальное исследование): автореф. дис.... канд. мед. наук. СПб., 1989. 25 с.
23. *Мизинова Е.Б., Колотильщикова Е.А.* Динамика социально-психологических характеристик личности больных с невротическими расстройствами в период с середины 1980-х по 2009 гг. и их влияние на степень выраженности психопатологической симптоматики // Сиб. психол. журнал. 2009. № 33. С. 44-50.
24. *Мягер В.К.* Психогигиена и психопрофилактика / под ред. В.К. Мягер. Л., 1983. 146 с.
25. *Назыров Р.К.* Отношение к болезни и лечению, интра- и интерперсональная конфликтность и копинг-поведение у больных неврозами: автореф. дис.... канд. мед. наук / НИПНИ имени В.М. Бехтерева. СПб., 1993. 20 с.
26. *Николаев Е.Л., Сулова Е.С., Орлов Ф.В.* Дискурсивный тип личности при невротических расстройствах. Чебоксары: Изд-во Чуваш. ун-та, 2012. 148 с.
27. *Николаев Е.Л.* Пограничные расстройства как феномен психологии и культуры. Чебоксары: Изд-во Чуваш. ун-та, 2006. 384 с.
28. *Николаев Е.Л.* Современные направления исследования пограничных психических расстройств // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2007. № 3. С. 8-49.
29. *Носков Г.Г.* Клинико-психологические особенности механизмов формирования невротической тревожности при основных формах неврозов: дис.... канд. мед. наук. Л., 1987. 187 с.
30. *Психологическая диагностика индекса жизненного стиля: пособие для врачей и психологов / Л.И. Вассерман, О.Ф. Ерышев, Е.Б. Клубова и др.* СПб.: НИПНИ имени В.М. Бехтерева, 1998. 48 с.
31. *Рыжик А.В.* Особенности защитно-совладающего поведения у больных неврозами и их психофизиологические корреляты: дис.... канд. психол. наук / НИПНИ имени В.М. Бехтерева. СПб., 2005. 163 с.
32. *Собчик Л.Н.* Пособие по применению психологической методики ММРІ. М., 1971. 63 с.



33. *Собчик Л.Н.* Психодиагностика в медицине: практическое руководство. М.: Боргес, 2007. 416 с.
34. *Соколова Г.С.* О возможности использования методики незаконченных предложений для характеристики системы отношений личности больных неврозами // Клинико-психологическое исследование личности. Л., 1971. С. 191-193.
35. *Соколова Е.Т.* Самосознание и самооценка при аномалиях личности. М.: Изд-во МГУ, 1989. 215 с.
36. *Сравнительное* исследование структуры ценностных ориентаций больных шизофренией и невротическими расстройствами / А.В. Голенищенко, Е.А. Колотильщикова, А.Е. Строганов, Е.И. Чехлатый // Вестник психотерапии. 2009. № 31 (36). С. 73-83.
37. *Сулова Е.С., Николаев Е.Л.* Дискурсивный характер системы отношений у пациентов с невротическими расстройствами // Вестник Костром. гос. ун-та имени Н.А. Некрасова. 2009. Т. 15, № 1. С. 328-332.
38. *Сулова Е.С., Николаев Е.Л.* Психологические механизмы совладания при дезадаптации личности: культуральный аспект // Вестник Чуваш. ун-та. 2006. № 1. С. 281-288.
39. *Тарабрина Н.В.* Экспериментально-психологическая методика изучения фрустрационных реакций: метод. рекомендации. Л., 1984. 13 с.
40. *Тарабрина Н.В.* Экспериментально-психологическое и биохимическое исследование состояний фрустрации и эмоционального стресса при неврозах: автореф. дис.... канд. психол. наук / НИПНИ имени В.М. Бехтерева. Л., 1973.
41. *Таукенова Л.М.* Кросскультуральное исследование личностных и межличностных конфликтов, копинг-поведения и механизмов психологической защиты у больных неврозами: автореф. дис.... канд. мед. наук / НИПНИ имени В.М. Бехтерева. СПб., 1995. 17 с.
42. *Ташлыков В.А.* Психология лечебного процесса. Л.: Медицина, 1984. 182 с.
43. *Ташлыков В.А.* Психологическая защита у больных неврозами и с психосоматическими расстройствами: пособие для врачей. СПб.: Изд-во СПбМАПО, 1992. 23 с.
44. *Тер-Багдасарян Л.П.* Исследование динамики клинических и психологических характеристик больных неврозами в процессе групповой психотерапии: автореф. дис.... канд. мед. наук. СПб., 1990. 25 с.
45. *Тестовая* методика для исследования межличностных отношений и её компьютерная версия: метод. пособие / Л.И. Вассерман,

- В.В. Бочаров, С.В. Ткаченко, К.Р. Червинская. СПб.: НИПНИ имени В.М. Бехтерева, 1994. 20 с.
46. Федоров А.П. Затяжные неврозы и их психотерапия: дис.... д-ра. мед. наук / НИПНИ имени В.М. Бехтерева. СПб., 1995. 359 с.
  47. Чехлатый Е.И. Совладающее поведение у больных неврозами, лиц с преневротическими нарушениями и в социальных группах повышенного риска нервно-психических расстройств: автореф. дис.... д-ра. мед. наук / НИПНИ имени В.М. Бехтерева. СПб., 2007. 58 с.
  48. Хьелл Л.А. (Hjelle L.A.), Зиглер Д.Дж. (Ziegler D.J.) Теории личности. 3-е междунар. изд. СПб.: Питер, 2006. 607 с.
  49. Lefcourt H.M. Locus of control: current theory and research. 2<sup>nd</sup> ed. Hillsdale, New Jersey: Erlbaum, 1982.
  50. Parkes K.R. Locus of control, cognitive appraisal, and coping in stressful episodes // J. of Personality and Social Psychology. 1984. Vol. 46. P. 655-668.
  51. Phares E.J. Locus of control // Dimensions of personality / Eds. H. London, J.E. Exner Jr. N.Y.: Wiley, 1978. P. 263-304.
  52. Rotter J.B. Social learning and clinical psychology. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall, 1954.
  53. Rotter J.B. The development and applications of social learning theory: selected papers. N.Y.: Praeger, 1982.