

ИЗУЧЕНИЕ ДИНАМИКИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК БОЛЬНЫХ С НЕВРОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ, СУЩЕСТВЕННЫХ ДЛЯ ПОНИМАНИЯ ИХ БИОПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ ПРИРОДЫ

Статья является результатом многопланового психологического исследования пациентов с невротическими расстройствами, проходивших лечение в отделении неврозов и психотерапии Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института (СПбНИПНИ) им. В.М. Бехтерева на протяжении тридцатилетнего периода (сопоставление современных данных с данными прошлых лет). Представлен анализ динамики отдельных индивидуально-типологических характеристик больных с невротическими расстройствами, имеющих значение для понимания их психогенеза, а также процесса адаптации в стрессовых ситуациях.

Ключевые слова: динамики экспериментально-психологических характеристик больных с невротическими расстройствами, патоморфоз невротических расстройств, психологический симптоматический профиль больных с невротическими расстройствами, внутриличностные (интрапсихические) конфликты, социально-психологические особенности личности больных с невротическими расстройствами, интернальность /экстернальность, локус-контроль.

Возрастающее количество стрессовых факторов, характерных для развивающегося общества, экономическая, политическая и социальная нестабильность ведут к изменению значения психологических факторов в деятельности человека и в известной мере объясняют наблюдаемые сдвиги в структуре нервно-психической заболеваемости населения (Карвасарский, 1975; Александровский, 1992).

Жизнь и здоровье человека во многом определяются уровнем его адаптивности – врожденной и приобретенной способности к адаптации, т. е. приспособлению ко всему многообразию жизни при любых условиях [1].

Особенности современных условий жизни, быстрые темпы развития техники, модернизация учебных и трудовых процессов, рост информации и интеллектуализация труда предъявляют организму человека высокие требования, и поэтому медицинская психология занимается научным анализом медико-психологических последствий изменяющегося качества жизни, роста нагрузки для психического, физического и соматического здоровья [2].

Перемены, происходящие в России с начала 1990-х гг., проявляются не только в росте нервно-психической заболеваемости, но и в очевидном видоизменении самих невротических расстройств, в частности их клинических проявлений и психологических характеристик.

Современный патоморфоз невротических расстройств сопряжен с патогенетическими, в том числе психологическими, механизмами. В современных условиях возникает необходимость в коррекции методов и форм психотерапии как основного лечебного средства при данной патологии [3].

В настоящее время в дополнение к нозоцентрической психиатрической парадигме невротических

расстройств присоединилась адаптационная, в которой важная роль отводится преодолению личностью стрессового воздействия с отчетливым смещением интереса с неосознаваемых механизмов на изучение преимущественно активного и целенаправленного поведения личности в связи с проблемными и кризисными ситуациями. С этим напрямую связаны возможности разработки краткосрочных и рентабельных форм и методов психотерапии [4].

1. Изучение динамики степени выраженности психопатологической симптоматики и особенности конфигурации психологического симптоматического профиля у больных с невротическими расстройствами за последние 20 лет

В качестве диагностического инструмента использовалась клиническая шкала самоотчета SCL-90 (Symptoms Check List-90) (Derogatis et al., 1973, 1977), предназначенная для определения актуального психологического симптоматического статуса. В исследовании участвовало 511 пациентов с невротическими расстройствами, проходивших стационарное лечение в отделении неврозов и психотерапии СПбНИПНИ им. В. М. Бехтерева.

Анализ динамики параметров клинической шкалы самоотчета SCL-90 у больных с невротическими расстройствами за последние 20 лет показал, что степень выраженности психопатологической симптоматики статистически достоверно ($p < 0.05$) менялась со временем (табл. 1).

Степень тяжести психопатологической симптоматики, общий уровень выраженности дистресса, беспричинное беспокойство, ощущение нервозности, нетерпеливости, внутреннего напряжения, приступы паники, чувства опасности и страха в сочетании с соматическими и моторными коррелятами тревоги, жалобы на отсутствие интереса к жиз-

Таблица 1

Динамика показателей клинической шкалы самоотчета SCL-90 (Symptoms Check List-90) у больных с невротическими расстройствами за последние 20 лет

Шкала	2007–2010 гг.	Нач. 2000-х гг.	Mann–Whitney (p)	Кон. 1990-х гг.	Mann–Whitney (p)	Нач. 1990-х гг.	Mann–Whitney (p)
SOM	1.39±0.08	1.28±0.08	0.48	1.33±0.08	0.78	1.18±0.04	0.10
O-C	1.29±0.08	1.45±0.08	0.18	1.39±0.09	0.52	2.12±0.03	0.00
INT	1.25±0.08	1.41±0.10	0.32	1.51±0.09	0.03	1.25±0.07	0.40
DEP	1.59±0.08	1.56±0.08	0.84	1.67±0.10	0.52	2.36±0.04	0.00
ANX	2.04±0.10	1.66±0.10	0.01	1.79±0.10	0.07	2.46±0.06	0.00
HOS	0.92±0.07	1.03±0.07	0.13	1.13±0.10	0.08	1.07±0.06	0.17
PHOB	1.38±0.10	1.13±0.10	0.06	1.44±0.09	0.31	0.94±0.05	0.01
PAR	0.84±0.07	0.86±0.08	0.87	0.91±0.09	0.58	0.76±0.05	0.15
PSY	0.77±0.06	0.83±0.07	0.99	0.95±0.07	0.02	0.63±0.03	0.29
DOP	1.39±0.08	1.29±0.08	0.44	1.19±0.08	0.14	2.24±0.03	0.00
GSI	1.36±0.07	1.29±0.06	0.68	1.32±0.06	0.99	1.56±0.03	0.00
PSI	54.2±1.87	57.0±2.57	0.06	58.0±1.80	0.34	53.8±0.71	0.31
PDSI	2.04±0.05	2.15±0.06	0.01	2.02±0.06	0.92	2.58±0.02	0.00
Всего больных	N = 124	N = 107		N = 80		N = 200	

Примечание. SOM – соматизация, O-C – обсессивность-компульсивность, INT – межличностная чувствительность, DEP – депрессивность, ANX – тревожность, HOS – враждебность, PHOB – фобическая тревожность, PAR – паранойальность, PSY – психотизм, DOP – шкала дополнительных значений, GSI – общий симптоматический индекс, PSI – индекс проявлений симптоматики, PDSI – индекс выраженности дистресса.

ни и потерю жизненной энергии, недостаток мотивации, чувство безнадежности и другие когнитивные и соматические корреляты депрессии, навязчивые мысли и общие познавательные затруднения; нарушения сна и аппетита, черты подозрительности и недоверчивости без признаков параноидного расстройства за последние 20 лет имели наибольшую выраженность у больных начала 1990-х гг.

Стойкие реакции страха на определенных людей, места, объекты или ситуации, являющиеся иррациональными и неадекватными по отношению к стимулу и ведущие к ограничительному поведению наибольшую выраженность за последние 20 лет имели у пациентов с невротическими расстройствами конца 1990-х гг.

Показатели по шкалам SOM, INT, HOS и PSY, а также индексу PSI у пациентов с невротическими расстройствами с годами значимо не различались ($p > 0.05$).

Подавляющее число больных с невротическими расстройствами на протяжении последних 20 лет имели полиморфную симптоматику, обладали высокой межличностной тревожностью (ощущали личностную неадекватность и неполноценность, беспокойство и дискомфорт в процессе межличностного взаимодействия), предъявляли соматовегетативные жалобы, фиксированные на кардиоваскулярной, гастроинтестинальной, респираторной и других системах, а также различные болевые ощущения и дискомфорт общей мускулатуры, при этом в минимальной степени в их субъективной клинической картине болезни была представлена симптоматика, относящаяся к психотическому регистру патологии (агрессивные мысли, чувства и

действия, избегающий, изолированный, шизоидный стиль жизни).

За последние 20 лет у больных с невротическими расстройствами наблюдается положительная динамика в отношении уменьшения степени тяжести тревожно-фобической, тревожно-депрессивной и обсессивно-компульсивной симптоматики, а также снижение общего уровня дистресса, недоверчивости и подозрительности; неизменными в субъективной клинической картине пациентов остаются полиморфизм предъявляемых жалоб, высокая интерперсональная тревожность, вегетовисцеральные симптомы, непатогномичность симптоматики психотического регистра. По всей видимости, острые социально-экономические перемены в России начала 1990-х гг. способствовали невротическим декомпенсациям, особенно с тревожными и депрессивными расстройствами, а общая неопределенность в стране отразилась в ощущении неопределенной угрозы, чувстве неясной опасности среди населения. На фоне социальной нестабильности, экономических и политических кризисов, общественного расслоения к концу 1990-х гг. закономерно возрос уровень общего недоверия и подозрительности среди населения, что, возможно, нашло свое отражение в повышении удельного веса фобических расстройств в это время, включая социофобию.

2. Изучение динамики характера и уровня выраженности внутриличностных (интрапсихических) конфликтов у больных с невротическими расстройствами за последние 30 лет

В отечественном учении о неврозах основное внимание уделяется изучению интрапсихических

конфликтов исходя из концепции личности как системы отношений, которая явилась методологической основой для разработки теории личностно ориентированной (реконструктивной) психотерапии невротических расстройств [5, 6].

В качестве экспериментально-психологического диагностического инструмента использовался «Опросник для изучения степени осознания пациентами психологических механизмов своего заболевания», включающий перечень основных интрапсихических конфликтов. В исследовании участвовало 472 пациента с невротическими расстройствами, проходивших лечение в отделении неврозов и психотерапии СПбНИПНИ им. В. М. Бехтерева.

Проведенное исследование внутриличностных конфликтов в 2007–2010 гг. показало, что основные противоречия современных больных с невротическими расстройствами заключались: в одновременном стремлении к самостоятельности и зависимости (опеке); в расогласованности между уровнем притязаний и степенью реальных достижений, а также между уровнем притязаний и имеющимися возможностями; в невозможности совместить стремление к удовлетворению собственных потребностей и требования окружающей среды, в том числе свои агрессивные установки с существующими социальными нормами, вместе с тем они не признавали наличия у себя сексуальных проблем и трудностей, связанных с собственной ответственностью. Можно предположить, что для невротических пациентов типичным является не существование одного или двух ведущих, наиболее важных конфликтов, а присутствие обширного их спектра, детерминированного нарушениями системы отношений в целом. Рассмотрение полученных данных позволяет выделить вполне определенные проблемы, среди которых основными являются инфантильные и эгоцентрические установки, а также нарушение процесса установления оптимального соответствия личности с общепринятыми нормами социального окружения, когда актуальные потребности и значимые цели фрустрированы требованиями среды (табл. 2).

За последние 30 лет пациентами, демонстрировавшими наиболее высокую осознанность своих внутренних проблем и трудностей, оказались больные с невротическими расстройствами 1980-х гг. Наиболее актуальными для них были конфликты, связанные с нежеланием и неумением брать на себя ответственность, ощущением непризнания и недооцененности их достоинств и достижений окружающими, сексуальные проблемы, т. е. трудности, которые современные больные не воспринимали в качестве таковых. В то же время конфликты, которые пациенты в наши дни определили

у себя в качестве наиболее значимых (инфантильные и связанные с блокадой актуальных потребностей давлением среды), больные 1980-х гг. рассматривали как несущественные. Общее содержание внутриличностной проблематики у пациентов с невротическими расстройствами 1990-х гг. было сходным с характером трудностей современных пациентов (2007–2010 гг.). В том и другом случаях актуализированные потребности не находили непосредственного выхода в поведении. Степень же осознанности внутриличностной проблематики у больных с невротическими расстройствами в 1990-х гг. оказалась самой низкой по сравнению с таковой в 1980-х гг. и наши дни. Вероятно, этот факт связан со стрессогенным влиянием социальных, экономических и политических перемен, захлестнувших Россию 1990-х гг., когда происходившие события и необходимость приспособляться в короткие сроки к постоянно изменяющимся условиям жизни не способствовали лучшему пониманию себя, своей личности и присущих ей конфликтов даже у пациентов с невротическими симптомами.

3. Изучение динамики социально-психологических особенностей личности больных с невротическими расстройствами за последние 30 лет

В качестве диагностического инструмента применялся Гиссенский личностный опросник (Gieben-Test – GB), разработанный D. Beckman в 1968 г. на базе Психосоматической клиники Гиссенского университета и адаптированный и стандартизированный на отечественной популяции [7, 8]. Всего в исследовании участвовало 1224 пациента с невротическими расстройствами, проходивших лечение в отделении неврозов и психотерапии СПбНИПНИ им. В. М. Бехтерева.

В ходе сравнительного анализа средних значений шкал Гиссенского личностного теста у больных с невротическими расстройствами в период с середины 1980-х гг. по 2007–2010 гг. были выявлены, хотя и достоверные ($p < 0.05$), однако слабо выраженные различия по основным параметрам опросника при относительной схожести характера и степени выраженности последних. Этот факт позволяет рассматривать Гиссенский личностный тест как устойчивый и надежный психодиагностический инструмент для исследования пациентов с невротическими расстройствами, а его показатели могут использоваться в рамках определения взаимосвязей базовых психосоциальных свойств личности больных данной нозологической группы с основными клиническими синдромами (табл. 3).

За изученный период динамическим изменениям оказались подвержены 4 социально-психологических качества личности больных с невротическими расстройствами: способность взаимодействовать с окружением как аспект успешной или неу-

Таблица 2

Динамика степени выраженности показателей основных внутриличностных конфликтов у больных с невротическими расстройствами за последние 30 лет

Конфликт	Годы					
	2007–2010	Сер. 1980-х	Нач. 1990-х	Кон. 1990-х	Нач. 2000-х	Сер. 2000-х
1	1.38 ± 0.09	1.61 ± 0.19	3.64 ± 0.16	3.89 ± 0.11	1.77 ± 0.11	3.25 ± 0.19
(p <)		0.28	0.001	0.001	0.006	0.001
2	1.97 ± 0.09	1.11 ± 0.16	2.43 ± 0.18	3.23 ± 0.13	1.54 ± 0.10	3.99 ± 0.17
(p <)		0.001	0.02	0.001	0.002	0.001
3	2.18 ± 0.11	1.23 ± 0.18	2.70 ± 0.22	3.47 ± 0.13	1.42 ± 0.10	2.43 ± 0.16
(p <)		0.001	0.03	0.001	0.001	0.24
4	1.83 ± 0.11	1.08 ± 0.19	2.77 ± 0.17	3.25 ± 0.14	1.52 ± 0.10	2.19 ± 0.16
(p <)		0.001	0.001	0.001	0.04	0.08
5	1.42 ± 0.11	1.27 ± 0.19	3.01 ± 0.18	3.14 ± 0.14	1.2 ± 0.09	2.71 ± 0.19
(p <)		0.49	0.001	0.001	0.12	0.001
6	1.63 ± 0.09	1.24 ± 0.19	3.69 ± 0.21	3.50 ± 0.12	1.2 ± 0.10	3.43 ± 0.17
(p <)		0.07	0.001	0.001	0.002	0.001
7	2.53 ± 0.12	0.82 ± 0.17	2.40 ± 0.23	2.19 ± 0.15	0.96 ± 0.09	3.30 ± 0.18
(p <)		0.001	0.58	0.07	0.001	0.001
8	2.13 ± 0.10	1.11 ± 0.20	2.19 ± 0.19	3.23 ± 0.14	0.98 ± 0.10	3.15 ± 0.18
(p <)		0.001	0.77	0.001	0.001	0.001
9	1.43 ± 0.09	1.48 ± 0.21	3.67 ± 0.22	3.55 ± 0.12	1.25 ± 0.11	2.31 ± 0.16
(p <)		0.83	0.001	0.001	0.21	0.001
10	2.74 ± 0.09	0.63 ± 0.14	2.83 ± 0.21	2.89 ± 0.14	1.15 ± 0.10	2.16 ± 0.17
(p <)		0.001	0.001	0.36	0.001	0.002
11	1.29 ± 0.10	0.84 ± 0.15	3.48 ± 0.19	2.32 ± 0.13	1.31 ± 0.11	2.45 ± 0.17
(p <)		0.001	0.01	0.85	0.001	0.42
12	1.62 ± 0.12	1.33 ± 0.21	3.35 ± 0.22	3.42 ± 0.14	1.28 ± 0.11	2.54 ± 0.19
(p <)		0.23	0.001	0.001	0.04	0.001
13	2.07 ± 0.11	0.88 ± 0.19	2.81 ± 0.20	3.17 ± 0.14	0.88 ± 0.09	2.89 ± 0.17
(p <)		0.001	0.001	0.001	0.001	0.001
14	2.34 ± 0.12	0.95 ± 0.18	2.81 ± 0.27	2.65 ± 0.14	1.42 ± 0.11	3.98 ± 0.16
(p <)		0.001	0.07	0.09	0.001	0.001
Всего больных	133	139	50	100	106	50

Примечание 1. 1 – конфликт между потребностями в независимости и получением помощи, опеки; 2 – конфликт между потребностью в доминировании и подчинении; 3 – конфликт между потребностью в быстрых достижениях и отсутствием способности к усилению и настойчивости; 4 – конфликт между потребностью в достижениях и страхом неудачи; 5 – конфликт или расхождение между уровнем притязаний и уровнем достижений; 6 – конфликт между стремлением к удовлетворению собственных потребностей и требованиями окружающей среды; 7 – конфликт между нормами и сексуальными потребностями; 8 – конфликт между поступками и нормами; 9 – конфликт между нормами и агрессивными тенденциями; 10 – конфликт между уровнем доверенных задач и собственными возможностями; 11 – конфликт между стремлением к достижениям во всех областях жизни и невозможностью совместить требования различных ролей; 12 – конфликт между уровнем притязаний и возможностями; 13 – конфликт между выраженной потребностью проявить себя и отсутствием позитивных усилий; 14 – конфликт между сильной потребностью быть полноценным мужчиной (женщиной) и наличием эмоционально-сексуальных неудач.

Примечание 2. Используемый опросник составлен таким образом, что наибольшей выраженности внутриличностного конфликта соответствует меньшая выраженность числовых значений.

спешной социальной роли, фактор преобладающего настроения, связанный с основным для личности направлением развития агрессии (вовне или против собственного «Я»), свойства социальных контактов и социального поведения, развивающиеся из первичного доверия или недоверия, и степень социальной потентности и зрелости личности.

За последние 30 лет больные с невротическими расстройствами стали более уверенными в своей положительной социальной репутации, привлекательности, популярности, уважении, способности

добиваться поставленных целей и успешно взаимодействовать с окружением. Самой неуспешной социальной ролью, как отражение низкой социальной репутации, была у пациентов начала 1990-х гг. Депрессивность, тревожность и склонность к аутоагрессии у больных с невротическими расстройствами оказались наименее выраженными в 1980-х гг., затем эти расстройства стали утяжеляться, достигнув своего максимума к концу 1990-х гг., и к настоящему времени прослеживается тенденция к их нивелировке. Открытость, от-

Таблица 3

Динамика средних показателей параметров Гиссенского личностного опросника у больных с невротическими расстройствами за последние 30 лет, $M \pm t$

Годы (n)	Шкала					
	I	II	III	IV	V	VI
2007–2010 (132)	26.86±0.56	24.00±0.51	25.07±0.35	30.57±0.51	20.75±0.44	18.28±0.45
Сер. 1980-х (796)	25.67±0.54	25.26±0.40	24.54±0.87	25.65±0.38	18.95±1.03	18.23±0.60
p <	0.38	0.21	0.81	0.001	0.48	0.97
Нач. 1990-х (112)	24.22±0.69	24.41±0.69	25.24±0.79	31.30±0.38	18.57±0.78	19.74±0.70
p <	0.003	0.63	0.84	0.27	0.01	0.07
Кон. 1990-х (77)	26.72±0.64	24.89±0.64	25.03±0.53	32.37±0.57	20.90±0.95	20.02±0.68
p <	0.87	0.29	0.95	0.03	0.87	0.03
Нач. 2000-х (107)	24.51±0.66	25.43±0.63	25.77±0.49	32.27±0.60	21.52±0.60	20.33±0.56
p <	0.007	0.08	0.24	0.03	0.29	0.004

Примечание. I – шкала социального одобрения, II – шкала доминантности, III – шкала контроля, IV – шкала преобладающего настроения, V – шкала открытости/замкнутости, VI – шкала социальных способностей.

кровенность и доверчивость были наиболее свойственны пациентам до 1990-х гг.; постепенно происходило смещение показателей в сторону формирования большей замкнутости, отгороженности, недоверчивости, достигших своего максимума к началу 2000-х гг.; к настоящему времени наметилось риверсионное движение в направлении развития большей открытости и способности к доверительным отношениям. И, наконец, у больных с невротическими расстройствами за истекшие 30 лет повысились, хотя и не достигли нормативных значений, самостоятельность, активность, общительность, социальные и творческие навыки, способность к формированию прочных и длительных межличностных отношений, личностная зрелость, которые практически отсутствовали у пациентов в конце 1990-х и начале 2000-х гг.

Таким образом, наименее социально желательными чертами личности обладали больные с невротическими расстройствами конца 1990-х и начала 2000-х гг. в противовес пациентам 1980-х гг., наиболее социально приспособленным и успешным, к которым по своим социально-психологическим качествам приближаются современные больные. Вероятно, политические, социально-экономические, социально-психологические и другие во многом кризисные перемены, происходившие в России с 1990-х по начало 2000-х гг. обусловили рост уровня депрессивности, тревожности, недоверия и закрытости, инициировали снижение уверенности в себе, своей социальной привлекательности, приведя к снижению социальных способностей (социальной потентности) и личностной зрелости у пациентов с невротическими расстройствами.

4. Изучение динамики показателей уровня интернальности /экстернальности у больных с не-

вротическими расстройствами за последние 30 лет

Локус-контроль является важнейшим показателем психологического здоровья индивида. В многочисленных исследованиях была установлена важная роль в этиопатогенезе невротических расстройств интернальной/экстернальной локализации локус-контроля. У лиц с экстернальной ориентацией чаще возникают психологические и психосоматические проблемы, им свойственны тревожность и депрессивность, они более склонны к фрустрациям и стрессам. Установлена связь высокой интернальности с положительной самооценкой, с большей согласованностью образов реального и идеального «Я». Интерналы обнаруживают более активную, чем экстерналы, позицию по отношению к своему психическому и физическому здоровью [9, 10].

В качестве основного экспериментально-психологического инструмента использовалась методика диагностики уровня субъективного контроля Дж. Роттера [11, 12].

Всего в исследовании участвовало 525 пациентов с невротическими расстройствами, проходивших лечение в отделении неврозов и психотерапии СПбНИПНИ им. В. М. Бехтерева.

В ходе сравнительного исследования было установлено, что пациенты с невротическими расстройствами (независимо от временного периода) не готовы принимать на себя ответственность за отрицательные события в своей жизни и в силу своей конформности и зависимости не обладают стойкостью перед лицом неблагоприятных внешних обстоятельств. Полученные результаты можно объяснить тем, что представителям многих культур (в том числе и в России) свойственно считать,

Динамика показателей локус-контроля у больных с невротическими расстройствами за последние 30 лет

Годы (n)	Показатели шкал методики диагностики уровня субъективного контроля						
	Ио	Ид	Ин	Ис	Ип	Им	Из
2007–2010 (132)	20.24±2.19	6.49±0.84	4.50±0.79	1.19±0.68	7.27±0.83	3.64±0.35	2.58±0.38
Сер. 1980-х (100)	30.9±4.4	8.1±1.6	6.3±1.5	6.4±1.3	10.9±1.2	3.2±0.8	3.8±0.7
p <	0.02	0.34	0.26	0.001	0.01	0.58	0.11
Кон. 1980-х (82)	23.9±3.1	5.1±1.0	5.3±1.1	4.2±1.0	8.9±1.0	2.6±0.5	4.0±0.5
p <	0.32	0.29	0.55	0.01	0.22	0.08	0.02
Нач. 1990-х (89)	16.61±2.36	2.56±0.86	4.18±0.89	2.59±0.74	6.87±0.83	3.15±0.43	3.09±0.38
p <	0.27	0.002	0.79	0.17	0.74	0.38	0.36
Сер. 1990-х (107)	22.98±2.55	6.8±0.85	5.96±1.12	6.64±0.78	4.65±0.82	1.18±0.5	1.14±0.45
p <	0.41	0.79	0.28	0.001	0.03	0.001	0.02
Кон. 1990-х (15)	12.3±3.3	3.60±1.2	3.98±1.3	4.60±1.8	1.90±0.98	0.90±0.53	0.60±0.31
p <	0.23	0.26	0.83	0.11	0.03	0.01	0.08

Примечание. *Ио* – интернальность общая, *Ид* – интернальность в области достижений, *Ин* – интернальность в области неудач, *Ис* – интернальность в семейных отношениях, *Ип* – интернальность в области производственных отношений, *Им* – интернальность в области межличностных отношений, *Из* – интернальность в отношении здоровья/болезни.

что событиями, происходящими в жизни людей, и их поведением руководят такие надличностные факторы, как судьба, удача, сверхъестественные силы или социальные предписания. Данные представления еще более характерны для больных с невротическими расстройствами, они в еще меньшей степени, чем в общей популяции, склонны признавать личную ответственность за происходящие с ними события и возникающие в их жизни ситуации (табл. 4).

За последние 30 лет изменения коснулись только отдельных составляющих локус-контроля. Уровень субъективного контроля в семейных и производственных отношениях, а также в области здоровья и лечения у современных пациентов (2007–2010 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 гг. и начале 2000-х гг., которые в большей степени стремились приписывать ответственность внешним фак-

торам. 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 больными в 1990-х гг. В 1990-х гг., в противоположность остальным исследованным временным периодам, пациентам был свойствен наиболее высокий внешний локус-контроль, проявляющийся 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 происходили переход общественно-политического строя от социалистического к капиталистическому и другие во многом кризисные социально-экономические перемены.

Понимание психологических закономерностей, лежащих в основе патоморфоза невротических расстройств, позволит в дальнейшем обосновать необходимость разработки более адекватных методов психотерапии и способов оценки ее эффективности, а также методов психогигиены и психопрофилактики.

Список литературы

1. Попов Г. Н., Ширенкова Е. В., Серазетдинов О. З. Критерии здоровья: адаптация, социализация, индивидуализация // Вестн. Томского гос. пед. ун-та (Tomsk State Pedagogical University Bulletin). 2007. № 5 (68). С. 83–87.
2. Гадельшина Т. Г. Структурно-уровневая концепция психической адаптации // Там же. 2011. № 6 (108). С. 161–164.
3. Абабков В. А. Патоморфоз невротозов: автореф. дис. ... докт. мед. наук. СПб., 1993. 47 с.
4. Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства: руководство для врачей. М., 1997. 442 с.
5. Карвасарский Б. Д. Невротозы. 2-е изд. М.: Медицина, 1990. 489 с.

6. Исурина Г. Л. Механизмы психологической коррекции личности в процессе групповой психотерапии в свете концепции отношений // Групповая психотерапия / под общ. ред. Б. Д. Карвасарского, С. Ледера. М., 1990. С. 89–121.
7. Голынкина Е. А., Исурина Г. Л., Кайдановская Е. В., Карвасарский Б. Д., Малкова Л. Д. и др. Гиссенский личностный опросник (использование в психодиагностике для решения дифференциально-диагностических и психотерапевтических задач): метод. пос. СПб., 1993. 19 с.
8. Голынкина Е. А. Динамика социально-психологических характеристик больных неврозами в процессе групповой психотерапии: автореф. дис. ... канд. психол. наук. СПб., 1992. 35 с.
9. Rotter G. B. Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement // Psychol. Monogr. 1966. V. 80. № 1. P. 121–147.
10. Phares E. Y. Locus of control in personality. Marrinston, 1976. 130 p.
11. Бажин Е. Ф., Голынкина Е. А., Эткинд А. М. Метод исследования уровня субъективного контроля // Психол. журн. 1984. [Т. 5]. № 3. С. 18–27.
12. Пантеев С. Р. Методы измерения локуса контроля // Общая психодиагностика / под общ. ред. А. А. Бодалева, В. В. Столина. М.: Изд-во МГУ, 1987. С. 278–285.

Мизинова Е. Б., кандидат психологических наук, старший научный сотрудник.

Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева.

Ул. Бехтерева, 3/6, Санкт-Петербург, Россия, 192019.

E-mail: elenamizinova@yandex.ru

Материал поступил в редакцию 21.10.2011.

Е. Б. Мизинова

THE RESEARCH OF THE DYNAMICS OF EXPERIMENTAL PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF THE PATIENTS WITH NEUROTIC DISORDERS, ESSENTIAL FOR UNDERSTANDING OF THEIR BIOPSYCHOSOCIAL NATURE

The article presents multidimensional psychological research of the patients with the neurotic disorders, treated in neurosis and psychotherapy department of the institute named after V. M. Bekhterev during the thirty-year period (in comparison of the modern data with the previous years). The analysis of the dynamics of the separate individual typological characteristics of the patients with neurotic disorders, significant for understanding of their psychogenesis, and adaptation to stressful situation is presented.

Key words: *neurotic disorders pathomorphology, psychological symptomatic profile of the patients with neurotic disorders, intrapersonal conflict, social psychological features of the patients with neurotic disorders, internal/external focus, locus-control.*

St. Petersburg V. M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute.

Ul. Bekhtereva, 3/6, Saint-Petersburg, Russia, 192019.

E-mail: elenamizinova@yandex.ru