

На правах рукописи

Тромбчиньски Петр Крыстиан

**ЛИЧНОСТНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ БОЛЬНЫХ С НЕВРОТИЧЕСКИМИ
РАССТРОЙСТВАМИ (ИССЛЕДОВАНИЕ В СВЯЗИ С ЗАДАЧАМИ
ПОЗИТИВНОЙ ДИАГНОСТИКИ НЕВРОЗОВ)**

19.00.04. – «Медицинская психология»

Автореферат

диссертации на соискание ученой степени

кандидата психологических наук

Санкт-Петербург 2017

Диссертация выполнена в Санкт-Петербургском государственном университете.

Научный руководитель:

кандидат психологических наук, доцент
Исурина Галина Львовна,
доцент кафедры медицинской психологии
и психофизиологии ФГБОУ ВО
«Санкт-Петербургский государственный
университет»

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук,
Васильева Анна Владимировна,
ведущий научный сотрудник отделения
лечения пограничных психических
расстройств и психотерапии, ФГБУ
«Санкт-Петербургский научно-
исследовательский
психоневрологический институт
им. В.М. Бехтерева»

кандидат психологических наук, доцент,
Урываев Владимир Анатольевич,
начальник редакционно-издательского
отдела управления по научным
исследованиям и инновациям, ФГБУ ВО
«Ярославский государственный
медицинский университет»

Ведущая организация:

ФГАОУ ВО «Южно-Уральский
государственный университет
(национальный исследовательский
университет)»

Защита состоится «__» _____ 2017 г. в _____ часов на заседании диссертационного совета Д 212.232.22 при Санкт-Петербургском государственном университете по адресу: 199034, Санкт-Петербург, наб. Макарова, 6, факультет психологии, ауд. 227.

С диссертацией можно ознакомиться в научной библиотеке им. М. Горького Санкт-Петербургского государственного университета по адресу: Университетская наб., д.7/9 и на сайте <https://disser.spbu.ru/>.

Автореферат разослан «__» _____ 2017 г.

Ученый секретарь диссертационного совета
кандидат психологических наук



А.В. Трусова

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы исследования. Проблема невротических расстройств уже давно привлекает внимание ученых и исследователей (Skey F.C., 1870; Raymond F., 1907; Фрейд З., 1924; Мясищев В.Н., 1960; Карвасарский Б.Д., 1980, 1982; Святощ А.М., 1982; Александровский Ю.А., 1976; Kępiński A., 1981; Jakubik A., 1978; Aleksandrowicz J. 1988, 1998, 2006; Адлер А., 1997; Хорни К., 1997; Бек А., 2003; Роджерс К., 1994, 2004 и др.). Это связано с уникальным статусом невроза как заболевания, в этиопатогенезе которого ведущая роль принадлежит психологическому фактору. Распространенность невротических нарушений, а также подверженность клинической картины, психологического содержания невротических конфликтов и психотравмирующих ситуаций влиянию социально-экономических условий, социальных и культуральных стереотипов и стандартов стимулирует изучение психологических аспектов невротических расстройств в конкретных общественно-исторических условиях. (Карвасарский Б.Д., 1980; Исурина Г.Л., 1990; Попов Ю.В., Вид В.Д, 1997; Обидин И.Ю. 2007; Абабков В. А., Васильева А. В., и др. 2008; Николаев Е.Л., Сулова Е.С. ,2011; Платонов Д.Г., 2012; Карпюк В.А, Станько Э.П. и др., 2013; Караваева Т.А., 2011, 2016;).

Устойчивый интерес к изучению психологических особенностей больных с невротическими расстройствами обусловлен также задачами их позитивной диагностики, основанной на выявлении психогенной природы заболевания – содержательной связи между ситуацией, личностью и болезнью (Мясищев В.Н., 1960, Карвасарский Б.Д., 1980). Необходимость понимания роли личностных особенностей в трансформации обычной сложной жизненной ситуации в субъективно неразрешимую, приводящую к развитию клинически оформленных невротических расстройств, требует исследования самого широкого спектра личностных характеристик. Однако несмотря на то, что психологические исследования в клинике невротических расстройств охватывают широкий круг психологических феноменов (Варшаловская Е.Б., Исурина Г.Л. и др., 1994; Устина Е.Ю., 2009; Корсаковская Л.И., 2010; Леонтьев Д.А., 2011; Караваева Т.А., Исурина Г.Л. и др., 2013), традиционно внимание уделяется переменным, концентрирующимся вокруг таких взаимосвязанных характеристик как низкая самооценка, неудовлетворенность собой, неуверенность в себе, невротичность и т.п. (Проскурина Т.Ю., 2007; Карвасарский Б. Д., Мизинова Е. Б., и др., 201; Позэ И.Б., 2012 и др.). Между тем, спектр личностных черт, приводящих к развитию невротических расстройств, гораздо шире. Важными также являются степень выраженности личностных дисфункций и их взаимосвязи с клинически оформленными невротическими расстройствами.

Подход к выявлению личностных паттернов, характерных для пациентов с невротическими расстройствами, исторически связан с основными формами неврозов (истерия, неврастения, невроз навязчивых состояний) и основывается на клиническом (описательном) методе (Мясищев В.Н., 1960; Fronberg E., 1974; Dąbrowski K., 1979; Siwiak-Kobayashi M. M., 1987; Ringel E., 1992; Kępiński A., 2002; Великанова Л.П., 2008). Исследования последних десятилетий выявляют как клинический патоморфоз неврозов, так и тенденцию к стиранию граней между психологическими характеристиками пациентов с различными формами невротических расстройств (Либих С.С., 1974; Карвасарский Б.Д., 1990; Абабков В.А., 1993; Лакосина Н.Д., Трунова М.М., 1994; Александров А.А., 1997, 2002; Пивень Б.Н., Голдобина О.А., 1997; Казанцева Э.Л., 2003, Васильева А.В., 2012 и

др.). Эмпирические исследования, направленные на выявление целостных личностных паттернов, связанных с клинически оформленными невротическими расстройствами, практически отсутствуют, что существенно затрудняет понимание содержания психологической составляющей в этиопатогенезе невротических расстройств в современных условиях. Поэтому изучение личностных дисфункций и выявление личностных паттернов, связанных с клинически оформленным невротическим заболеванием, является актуальным и значимым. Наряду с изучением выраженности черт невротической личности также представляет интерес уровень социальной фрустрированности и выраженность внутриличностных конфликтов. Изучение этих индивидуально-психологических характеристик обусловлено тем, что внутриличностные конфликты традиционно рассматриваются как важнейший фактор этиопатогенеза невротических расстройств, а уровень социальной фрустрированности может выступать как индикатор наличия внутриличностной проблематики и личностных дисфункций.

Степень разработанности проблемы. В литературе представлено значительное количество работ, посвященных описанию и изучению клинических и клиничко-психологических аспектов невротических расстройств. Однако в большинстве своем эти работы относятся ко второй половине 20-го века (Мясищев В.Н., 1956; Зачепиский Р. А., Яковлева Е. К., 1960; Тупицын Ю.Я., 1971; Асатиани Н. М., 1974, 1990; Мурзенко В. А., 1975; Александровский Ю. А., 1976, 1993; Лурия Р.А., 1977; Гарбузов В. И., 1977; Айрапетянц М. Г., 1982; Исурина Г.Л., 1982; Кабанов М. М., 1983; Ташлыков В.А., 1984, 1990, 1997; Смулевич А.Б., Дубницкая Э.Б., Фильц А.О., Морковкина И.В., 1991; Александров А. А., 1992; Галиев Р. Ф., 1998 и др). В исследованиях последних лет изучаются различные психологические феномены и клиничко-психологические характеристики пациентов: интрапсихические и межличностные конфликты, фрустрационная толерантность, защитные механизмы, механизмы совладания, эмоциональные состояния, особенности когнитивной сферы, особенности системы отношений, установки и пр. (Березин Ф.Б., 1988; Митина Л.М., 1990; Менделевич В.Д., Соловьева С.Л., 2002; Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Щелкова О.Ю., Червинская К. Р., 2003; Николаев Е.Л., 2005; Вассерман Л.И., 2010; Чижова А.И., 2012 и др.) Однако работ, посвященных изучению широкого спектра личностных черт, характерных для больных невротическими расстройствами, и возможно, предрасполагающих к развитию этих нарушений, крайне мало (Aleksandrowicz J., 2002; Sobański J., 2006; Sobański J.A., Klasa K., Müldner-Nieckowski Ł., Rutkowski K., 2010). Традиционно изучаемый спектр личностных особенностей включает, как правило, характеристики, сцепленные с феноменом «невротичность». Сложившаяся ситуация во многом связана с отсутствием адекватного этим задачам инструментария – методик, позволяющих выявить и измерить широкий спектр личностных черт невротического регистра. Такая методика была создана в 2006 году польским исследователем Е. Александровичем (Aleksandrowicz J. W., K. Klasa, J. Sobański, D. Stolarska, 2006). Однако адаптации этой методики к российским условиям не проведено. Все это и определило цель настоящего исследования.

Цель исследования. Целью исследования является изучение личностных характеристик больных с невротическими расстройствами, а также выявление личностных паттернов, связанных с клинически оформленным невротическим заболеванием, в связи с задачами позитивной диагностики невротических расстройств.

Задачи исследования:

1. Разработка методического комплекса для изучения клинико-психологических и личностных характеристик пациентов с невротическими расстройствами в связи с задачами позитивной диагностики неврозов.
2. Выявление структуры и степени выраженности симптоматики невротического регистра у больных с невротическими расстройствами и здоровых лиц.
3. Изучение содержания, объема и степени выраженности личностных дисфункций у больных с невротическими расстройствами и здоровых лиц.
4. Изучение выраженности невротических конфликтов и уровня социальной фрустрированности у больных с невротическими расстройствами и здоровых лиц.
5. Изучение половых различий в объеме и выраженности личностных дисфункций, содержании преобладающих внутриличностных конфликтов и структуре симптоматики невротического регистра.
6. Выявление личностных паттернов, связанных с клинически оформленными невротическими расстройствами, и их взаимосвязей с уровнем выраженности симптоматики, невротических конфликтов и социальной фрустрированности.
7. Выявление личностных паттернов, наиболее характерных для различных видов невротических нарушений.
8. Изучение влияния личностных паттернов на длительности невротического заболевания.

Объект исследования: клинико-психологические и личностные характеристики пациентов с невротическими расстройствами.

Предмет исследования: психопатологическая симптоматика невротического регистра; выраженность личностных дисфункций; личностные паттерны, внутриличностные конфликты, уровень социальной фрустрированности.

Гипотеза исследования:

1. У больных с невротическими расстройствами клинико-психологические и личностные характеристики — содержание, объем и степень выраженности личностных дисфункций, паттерны личностных черт, содержание и выраженность внутриличностных конфликтов, уровень социальной фрустрированности и выраженность симптоматики невротического регистра — имеют свои отличительные особенности в сравнении со здоровыми лицами и обнаруживают взаимосвязи с клинически оформленными невротическими расстройствами.
2. Существуют половые различия в объеме и выраженности личностных дисфункций, содержании преобладающих внутриличностных конфликтов и структуре симптоматики невротического регистра.
3. Существуют паттерны личностных черт, взаимосвязанные с невротическими расстройствами, а также паттерны, наиболее характерные для пациентов с различными видами невротических расстройств (невротическое расстройство, расстройство адаптации, невротозподобное расстройство).
4. Существуют паттерны личностных черт, в наибольшей степени взаимосвязанные с длительностью заболевания.

Теоретическую и методологическую основу исследования составили: комплексный подход к исследованию человека (Ананьев Б.Г., 1968, 1980), психологическая парадигма в понимании природы невротических расстройств (Фрейд З., 1926; Мясищев В.Н., 1960; Kratochvil S., 1988; Карвасарской Б.Д., 1990; Роджерс К., 1994; Kępiński A., 2002); концепция личности как системы отношений

и патогенетическая концепция неврозов. (Мясищев В.Н., 1960; Карвасарский Б.Д., 1980; Исурина Г.Л., 1992; Абабков В.А., 1993; Ташлыков В.А., 1997, Вассерман Л.И., Щелкова О.Ю., 2004).

Научная новизна исследования. Настоящая работа является первым комплексным клинико-психологическим и экспериментально-психологическим исследованием, направленным на выявление паттернов личностных черт, взаимосвязанных с клинически оформленными невротическими расстройствами. Впервые на российской выборке изучен и описан широкий спектр личностных черт, характерных для пациентов с невротическими расстройствами, определен объем личностных дисфункций, их содержание и степень выраженности. Впервые построены факторные модели, описывающие паттерны личностных черт, в наибольшей степени взаимосвязанные с клинически оформленными невротическими расстройствами. Описана специфика ведущих паттернов личностных черт, характерных для пациентов с различными расстройствами невротического регистра (невротическое расстройство, расстройство адаптации, неврозоподобное расстройство).

Выявлены характерные для пациентов с невротическими расстройствами клинико-психологические характеристики и механизмы совладания с тревогой; изучена специфика внутриличностных конфликтов. Выявлены половые различия в объеме и выраженности личностных дисфункций, содержании преобладающих внутриличностных конфликтов и структуре симптоматики невротического регистра.

Впервые на российской выборке проведена адаптация методики «Опросник невротической личности KON-2006» (Aleksandrowicz J. W. и др., 2006).

Теоретическая и практическая значимость исследования. Результаты исследования углубляют и дополняют существующие в клинической психологии и неврологии представления о роли психологического фактора в происхождении невротических расстройств. Сформированы представления об объеме, содержании и выраженности личностных дисфункций, характерных для пациентов с невротическими расстройствами, а также о половых различиях; расширены и углублены представления о типичных личностных паттернах. Созданы факторные модели личностных паттернов, характерные для пациентов с невротическими расстройствами. Выявлены прогностически неблагоприятные «личностные типы». Подтверждена ведущая роль тревоги в клинической картине невротических нарушений; определены ведущие механизмы совладания с тревогой у пациентов с невротическими расстройствами, характерные для настоящего времени. Уточнены представления о роли внутриличностных конфликтов в развитии невротических расстройств; выявлена содержательная специфика внутриличностных конфликтов у пациентов с невротическими расстройствами и существующие половые различия, что углубляет и конкретизирует основные теоретические положения патогенетической концепции неврозов. Выявленные личностные характеристики и личностные типы пациентов с невротическими расстройствами могут рассматриваться как важные критерии позитивной диагностики невротических расстройств, а также способствовать развитию дифференцированных психотерапевтических подходов.

В рамках исследования был сформирован комплекс методов, направленный на решение задач психологической диагностики в клинике неврозов и определения дифференцированных психотерапевтических мишеней, включающий новую

методику для изучения невротических черт личности, апробированную в ходе исследования и направленную на выявление объема, содержания и выраженности личностных дисфункций, а также методики для изучения выраженности симптоматики невротического регистра, внутриличностных конфликтов и социальной фрустрированности. Этот методический комплекс может быть рекомендован для использования в процессе психологической диагностики в клинике неврозов.

Основные положения диссертации, выносимые на защиту:

1. Клиническая картина пациентов с невротическими расстройствами характеризуется преобладанием тревоги.
2. Существуют полоспецифичные механизмы совладания с тревогой.
3. Пациенты с невротическими расстройствами характеризуются широким спектром, значительным объемом и высокой выраженностью личностных дисфункций.
4. Общая выраженность интрапсихических конфликтов у пациентов с невротическими расстройствами выше, чем у здоровых лиц, и имеет содержательную специфику, заключающуюся в преобладании конфликтов, отражающих стремление к избеганию негативных психологических состояний и ситуаций.
5. Существуют определенные паттерны личностных черт, предрасполагающие к развитию невротических нарушений и определяющие затяжной характер течения невротического расстройства.
6. Для различных видов невротических расстройств существуют специфические прогностически неблагоприятные паттерны личностных черт.

Апробация работы. Результаты исследования были доложены и обсуждены на заседании кафедры медицинской психологии и психофизиологии Санкт-петербургского государственного университета, на научных конференциях «Психология XXI века — 2010 и 2011» и «Ананьевские чтения — 2011, 2013, 2015 и 2016», на международной конференции «ЛОМОНОСОВ-2016», на Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Диагностика в медицинской (клинической) психологии: традиции и перспективы» (к 105-летию Сусанны Яковлевны Рубинштейн).

По теме диссертации опубликовано 12 работ, в том числе 3 в журналах, рекомендованных ВАК для опубликования результатов диссертационных исследований.

Структура и объем работы. Диссертация состоит из введения, 5 глав, заключения и выводов, изложенных на 244 страницах компьютерного набора; содержит 56 таблиц, 22 рисунка, список литературы, включающий 205 источников, из них 158 — на русском и 47 — на иностранных языках, и 25 приложения.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

В первой главе «Психологические и клинические аспекты невротических расстройств», состоящей из 6 параграфов, рассматриваются понятия «невроз» и «невротическое расстройство» в классическом и современном понимании, а также вопросы диагностики невротических расстройств (Карвасарский Б.Д., 1990; Коркина М.В., Лакосина Н.Д., 1995; Попов Ю.В., Вид В.Д., 1997; Айзенк Г.Ю., 1999; Дмитриева Т.Б. и др., 2011; МКБ-10, 1994). Освещены основные взгляды на

природу невротических расстройств, существующие в рамках различных теоретических направлений (Фрейд З., 1926; Мясищев В.Н., 1960; Адлер А., 1997; Хорни К., 1997; Торндайк Э., Уотсон Дж.Б., 1998; Kępiński A., 2002; Роджерс К., 2004; Юнг К.Г., 2006; Wolpe J., Lazarus A.A., 1966). Проанализированы представления о роли личности в формировании невротических расстройств, а также о психологических особенностях больных с невротическими расстройствами (Мясищев В.Н., 1960; Лурия Р.А., 1977; Березин Ф.Б., 1988; Митина Л.М., 1990; Ташлыков В.А., 1990, 1997; Смулевич А.Б., Дубницкая Э.Б., Фильц А.О., Морковкина И.В., 1992; Варшаловская Е.Б., Исурина Г.Л., Кайдановская Е.В. и др., 1994; Менделевич В.Д., Соловьева С.Л., 2002; Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Щелкова О.Ю., Червинская К.Р., 2003; Вассерман Л.И., 2010; Чижова А.И., 2012).

В заключении к первой главе отмечается, что большинство работ описывает подходы к пониманию и изучению неврозов как заболеваний, в этиопатогенезе которого психологический фактор играет ведущую роль. Ряд работ посвящен изучению клинических аспектов невротических расстройств, в частности, структуре и выраженности симптоматики и особенностей клинической диагностики. Значительная часть исследований направлена на изучение конкретных индивидуально-психологических и клинико-психологических характеристик, а также личностных особенностей. Однако в отечественной клинической психологии практически отсутствуют эмпирические исследования, имеющие своей целью выявление целостных паттернов личностных черт, связанных с клинически оформленными невротическими расстройствами, что и обуславливает необходимость более полного, комплексного изучения личностных дисфункций, предрасполагающих к развитию невротических расстройств.

Вторая глава «Материалы и методы исследования», состоит из 4 параграфов и посвящена организации исследования: представлены основные этапы исследования, социально-демографические и клинические характеристики выборки, описаны применяемые клинико-психологические методы. Характеристики выборки исследования по группам (экспериментальная — больные с невротическими расстройствами и контрольная — здоровые лица) и полу представлены в таблице 1.

Таблица 1

Распределение выборки по группам и полу

Больные		Здоровые	
201 (47,5%)		222 (52,5%)	
Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины
87 (43,3%)	114 (56,7%)	80 (36,1%)	142 (63,9%)

Критерием включения в экспериментальную группу являлось наличие клинически подтвержденного невротического расстройства (диагноз F 4 по МКБ-10). В связи с задачами исследования на этапе обработки материала экспериментальная выборка была подразделена на 3 подгруппы:

- невротическое расстройство (F 40; F 41.0; F 41.2; F 42; F 45.0);
- расстройство адаптации (F 43.2);
- невротоподобное расстройство (F 33; F 60; F 60.2; G 4.1 и G 40.2).

Распределение пациентов с выраженной невротической симптоматикой по группам и синдромокомплексам, а также длительность заболевания представлены в таблице 2.

Таблица 2

Распределение пациентов с выраженной невротической симптоматикой по группам и синдромокомплексам и длительности заболевания.

Группа и синдромокомплексы	Количество испытуемых (N)	Длительность заболевания (в годах)
Невротическое расстройство	83	1,96±0,68
Тревожно-фобическое расстройство (F 40)	13	
Смешанное тревожное и депрессивное расстройство (F 41.2)	59	
Соматизированное расстройство (F 45.0)	3	
Паническое расстройство (F 41.0)	2	
Обсессивно-компульсивное расстройство (F 42)	6	
Расстройство адаптации (F 43.2)	84	2,17±0,77
Неврозоподобное расстройство	34	2,8±1,56
Диссоциативное расстройство органической этиологии (F 60.2)	6	
Специфическое расстройство личности (F 60)	7	
Рекуррентное депрессивное расстройство (F 33)	9	
Эпилепсия (G 4.1 и G 40.2)	12	
Всего	201	2,19±0,96

Все пациенты проходили лечение в медицинских учреждениях (клиники неврозов, психиатрические клиники, амбулаторное лечение у врача-психотерапевта). Клиническая диагностика осуществлялась врачами-клиницистами на основе общего подхода к диагностике невротических расстройств, разработанного В.Н. Мясищевым, его учениками и последователями.

В главе описаны применяемые методы психологического исследования, а также методы математико-статистической обработки данных. Клинико-психологический метод представлен медико-социологической шкалой «Уровень социальной фрустрированности» (УСФ) (Вассерман Л.И., 2004). Экспериментально-психологический метод представлен 5 психодиагностическими методиками:

1. «Опросник невротической личности KON-2006» (KON-2006) (Aleksandrowicz J.W., Klasa K., Sobański J.A., Stolarska D., 2006);
2. Методика «Невротические черты личности» (НЧЛ) (Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Щелкова О.Ю., Червинская К.Р., 2003);
3. Методика для изучения выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90) (Derogatis L.R., 1975; Тарабрина Н.В., 2001);
4. Методика изучения внутриличностных конфликтов (Кайдановская Е.В., Кумкова Е.И., Мурзенко В.А. и др., 1979);
5. Методика «Уровень невротизации» (УН) (Вассерман Л.И., Щелкова О.Ю., 2014).

Всего проанализировано 74 показателя: 10 социально-демографических, 11 клинических и 45 клинико-психологических характеристик, а также 8 психометрических показателей.

Математико-статистическая обработка данных включала: факторный анализ методом главных компонент и методом максимального правдоподобия, однофакторный анализ, многомерный многофакторный дисперсионный анализ, множественный регрессионный анализ; кластерный анализ.

В третьей главе «Адаптация и валидизация Опросника невротической личности KON-2006», состоящей из 3 параграфов, представлено описание новой методики — «Опросника невротической личности KON-2006» (Aleksandrowicz J.W. и др., 2006). Основное содержание этой главы составляют результаты адаптации опросника KON-2006 на российской выборке. Представлены результаты проверки валидности методики, которая осуществлялась двумя способами. *Конвергентная валидность* проверялась с помощью вычисления коэффициентов корреляции Пирсона между показателями шкал опросника KON-2006 и методик SCL-90 и УН. Большинство шкал опросника KON-2006, а также общий показатель X-KON, отражающий общий объем личностных дисфункций, обнаруживают высоко значимые корреляции ($p < 0,01$) с показателем уровня невротизации (методика УН), а также шкалами и общими индексами методики SCL-90, что позволяет рассматривать опросник KON-2006 как инструмент, описывающий личностные проявления невротического спектра (см. табл. 3).

Таблица 3

Значение коэффициентов корреляции (r) общего показателя «Опросника невротической личности KON-2006» (X-KON) и показателей методик оценки выраженности симптоматики невротического регистра (НЧЛ, УН, SCL-90).

Показатели методик НЧЛ, УН, SCL-90	r
Неуверенность в себе	0,537**
Аффективная неустойчивость	0,290**
Интровертированная направленность личности	0,196**
Социальная неадаптивность	0,411**
Симуляция	0,266**
Уровень невротизации	0,343**
Соматизация	0,228**
Обсессивность-компульсивность	0,188**
Интерперсональная сенситивность	0,216**
Депрессивность	0,187**
Тревога	0,229**
Фобическая тревога	0,157*
«Параноидное» мышление	0,129*
Психотизм	0,130*
Дополнительные пункты	0,159*
Индекс проявления симптоматики	0,298**
Индекс выраженности дистресса	0,249**

* - $p \leq 0,05$; ** - $p \leq 0,01$

Для проверки *конструктивной валидности* использовался корреляционный анализ показателей шкал KON-2006 с показателями методики НЧЛ (невротические черты личности). Выявлено, что шкалы KON-2006 имеют значимые корреляции со шкалами методики НЧЛ ($p < 0,01$ и $p < 0,05$). Данные взаимосвязи подтверждают, что личностные характеристики, представленные в опроснике KON-2006, действительно описывают невротические черты личности.

Четвертая глава «Результаты исследования клинико-психологических и личностных особенностей больных с невротическими расстройствами и выявление паттернов личностных черт, связанных с клинически оформленным невротическим заболеванием» состоит из 8 параграфов.

В параграфе 4.1 представлены результаты сравнительного изучения степени выраженности психопатологической симптоматики у больных с невротическими расстройствами и здоровых испытуемых. Выраженность психопатологической симптоматики изучалась с помощью методики SCL-90 (Symptoms Check List — 90). При обработке результатов применялся однофакторный и многомерный многофакторный дисперсионный анализ.

На рисунке 1 представлены средние значения показателей патопсихологической симптоматики в группах больных с невротическими расстройствами и здоровых.

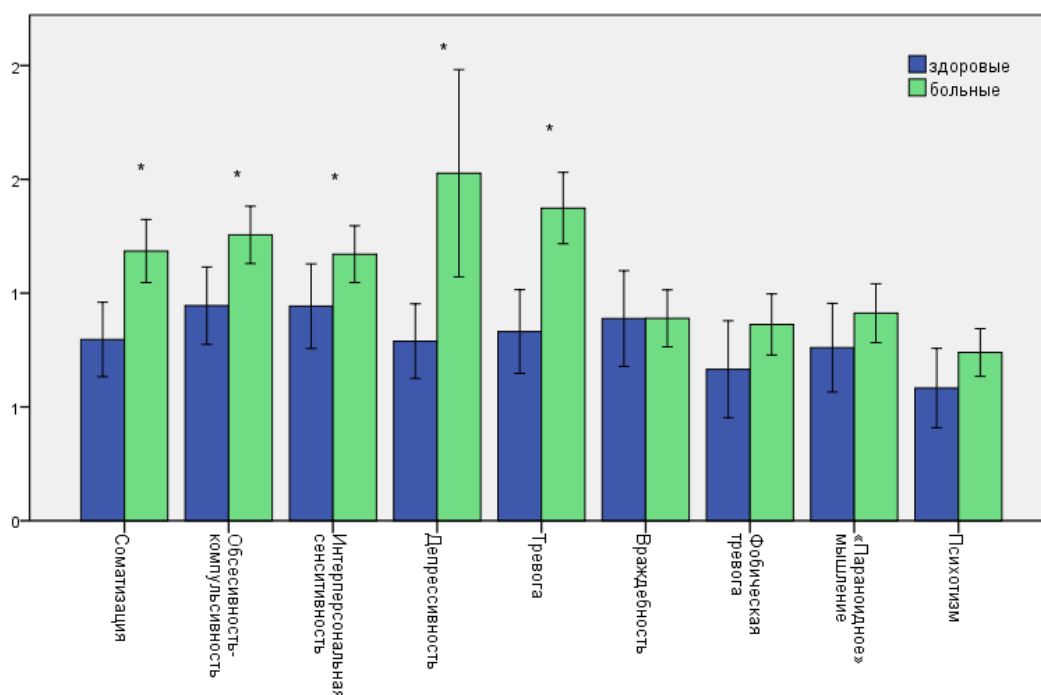


Рисунок 1. Средние групповые значения показателей патопсихологической симптоматики в группах больных и здоровых лиц.

По оси абсцисс – показатели патопсихологической симптоматики: SOM-соматизация обсессивность-компульсивность, интерперсональная сенситивность, депрессивность, тревога, дополнительные пункты (* - $p < 0,01$). *По оси ординат* – средние групповые значения показателей.

Результаты исследования выраженности психопатологической симптоматики у больных с невротическими расстройствами и здоровых лиц показали, что по 5-ти шкалам (из 9-ти) и по 2-м общим индексам (из 3-х) опросника SCL-90 пациенты обнаруживают достоверно более высокие значения показателей в сравнении со здоровыми (см. рис 1). Были выделены симптомокомплексы (шкалы),

которые в наибольшей степени дифференцируют группы пациентов с невротическими расстройствами и здоровых лиц: тревога, соматизация, обсессивность-компульсивность, интерперсональная сенситивность, депрессивность. Достоверные различия были обнаружены также по индексу выраженности дистресса (PDSI: $1,75 \pm 0,86$ больных неврозами и $1,28 \pm 0,91$ для здоровых лиц, $p \leq 0,001$) и индексу проявления позитивной симптоматики (PSI: $50,81 \pm 21,02$ для больных неврозами и $36,83 \pm 25,44$ для здоровых лиц, $p \leq 0,001$). На основании этого можно заключить, что в клинической картине обследованных пациентов с невротическими расстройствами преобладают тревога, жалобы соматического (соматовегетативного) характера, наличие навязчивых мыслей и действий, депрессивный аффект различной степени глубины, снижение энергетического потенциала, а также выраженный дискомфорт в ситуациях межличностного взаимодействия, склонность к рефлексии, низкая самооценка, самоосуждение. Таким образом, структура выявленной у пациентов симптоматики подтверждает ведущую роль тревоги в формировании невротических расстройств и позволяет предположить, что в настоящее время соматизация и ограничительное поведение являются ведущими механизмами совладания с тревогой, а низкая самооценка и трудности в сфере межличностного взаимодействия выступают в качестве основной психологической проблематики.

Сравнительный анализ данных в мужской и женской выборках пациентов с невротическими расстройствами показал, что для мужчин, в сравнении с женщинами, характерны более выраженные проявления обсессивности-компульсивности ($1,2 \pm 0,85$ для мужчин и $1,28 \pm 0,69$ для женщин, $p \leq 0,019$), интерперсональной сензитивности ($1,23 \pm 0,96$ для мужчин и $0,98 \pm 0,77$ для женщин, $p \leq 0,012$) и «параноидного» мышления ($1,01 \pm 0,9$ для мужчин и $0,85 \pm 0,69$ для женщин, $p \leq 0,046$). Это свидетельствует о том, что у мужчин чаще возникают навязчивости в когнитивной сфере (навязчивые мысли), а в качестве способа снижения тревоги используются определенные ритуалы. Для них также характерно наличие «параноидного» мышления — выраженность таких особенностей как проецирующее мышление, агрессивность, враждебность, подозрительность, стремление держать все под контролем, страх потери автономии, идеи отношений. Мужчины-пациенты также обнаруживают более выраженную чувствительность в межличностных отношениях, острее реагируют на поведение окружающих и испытывают в межличностных отношениях больший дискомфорт. Согласно шкале «соматизация» для женщин-пациенток в большей степени характерно наличие жалоб на свое физическое здоровье ($1,01 \pm 0,85$ для мужчин и $1,28 \pm 0,8$ для женщин, $p \leq 0,064$). Полученные результаты позволяют предположить, что в настоящее время в качестве основного механизма совладания с тревогой у женщин выступает соматизация, а у мужчин — «параноидное» мышление и ограничительное поведение.

Представленность компонентов психопатологической симптоматики в группе здоровых соответствует диапазону нормативных значений, однако анализ половых различий в этой выборке представляет интерес с точки зрения индивидуально-психологических особенностей. Для мужчин группы здоровых характерна большая выраженность тревоги ($1,03 \pm 1,14$ для мужчин и $0,73 \pm 0,84$ для женщин, $p \leq 0,025$), жалоб соматического характера ($0,9 \pm 0,88$ для мужчин и $0,74 \pm 0,83$ для женщин, $p \leq 0,064$), навязчивых мыслей и ритуалов ($1,24 \pm 1,06$ для мужчин и $0,8 \pm 0,74$ для женщин, $p \leq 0,019$), а также дискомфорта и неуверенности в

общении и контактах с другими людьми ($1,32 \pm 1,17$ для мужчин и $0,76 \pm 0,79$ для женщин, $p \leq 0,013$). Они чаще испытывают дистресс, имеют низкую самооценку и более склонны к рефлексии и отрицательным ожиданиями в сфере межличностного взаимодействия. Здоровые мужчины также в большей степени обнаруживают черты «параноидного» мышления в сравнении с мужчинами-пациентами ($1,01 \pm 0,9$ для больных и $1,19 \pm 1,26$ для здоровых, $p \leq 0,046$), однако следует еще раз подчеркнуть, что речь не идет о клиническом уровне выраженности психопатологической симптоматики, а лишь о некоторых психологических особенностях и особенностях мышления.

Анализ половых различий в группе здоровых показывает, что их характер в определенной степени совпадает с характером различий между больными и здоровыми, что может свидетельствовать о большей невротизации мужчин в сравнении с женщинами. Это подтверждает и индекс общей выраженности симптоматики (GSI), который в группе здоровых мужчин обнаруживает самые высокие значения ($1,48 \pm 0,88$; $p \leq 0,009$). Можно предположить, что это связано как с социально-экономическими условиями (более напряженная работа, большая конкуренция, ответственность за семью и пр.), так и с определенными полоролевыми стереотипами, предписывающими мужчинам большую уверенность в себе, социальную компетентность и психическую устойчивость, что приводит к фиксации даже не слишком значительных проявлений психопатологической симптоматики как потенциальной угрозы нарушения «мужского» физиологического и социального функционирования.

В параграфе 4.2 изложены результаты сравнительного изучения личностных особенностей больных с невротическими расстройствами и здоровых испытуемых. Анализ проводился на основании данных, полученных с помощью методики «Опросник невротической личности KON-2006», а также методик «Невротические черты личности» и «Уровень невротизации».

Данные полученные с помощью «Опросника невротической личности KON-2006», были проанализированы с использованием многомерного многофакторного дисперсионного анализа с независимыми факторами «Группа» (принадлежность к группе пациентов или к группе здоровых) и «Пол» и зависимых переменных в виде невротических черт личности. Результаты анализа представлены в таблице 4.

Таблица 4

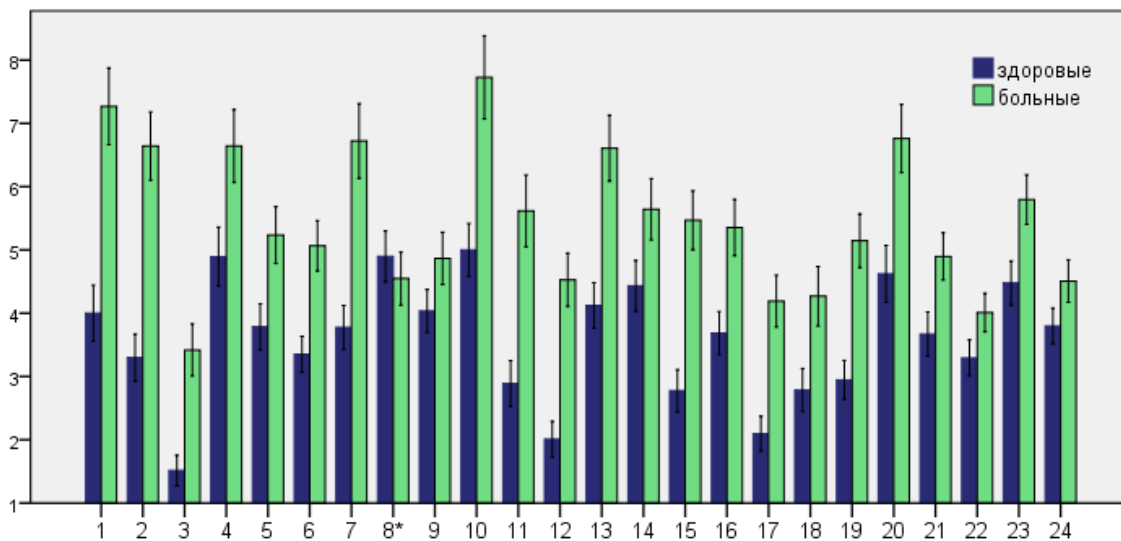
Результаты многомерного многофакторного дисперсионного анализа показателей «Опросника невротической личности KON-2006» в связи с принадлежностью к группе (пациентов или здоровых лиц) и полу.

Независимые факторы	Значение лямбда Уилкса	F	Степень свободы	Ошибка степени свободы	p
Группа	0,549	12,9	25,0	395,0	0,001
Пол	0,667	7,8	25,0	395,0	0,001
Группа/Пол	0,941	0,9	25,0	395,0	0,482

Данные, представленные в таблице 4, демонстрируют, что факторы «Группа» и «Пол» значимо влияют на дисперсию всех показателей, а совместное влияние этих факторов является незначимым, что указывает на зависимость

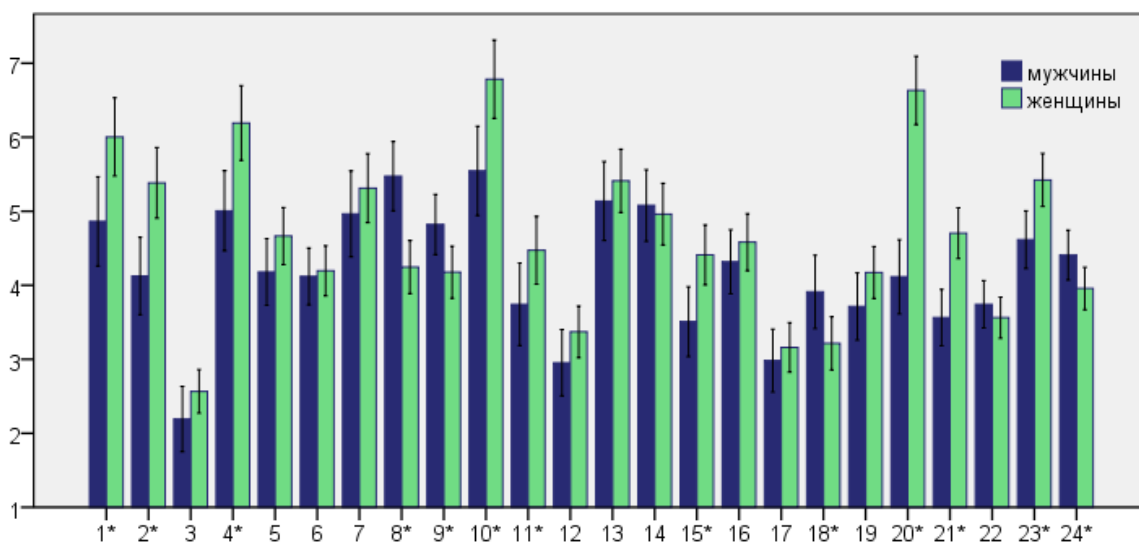
выраженности черт невротической личности либо от наличия или отсутствия клинически оформленного невротического расстройства, либо от пола.

А)



*- $p > 0,1$

Б)



*- $p \leq 0,001$

Рисунок 2. Средне групповые значения по шкалам «Опросника невротической личности KON-2006» в связи с принадлежностью к группе (больных или здоровых) и полу.

По оси абсцисс – шкалы опросника: 1 – Чувство зависимости от окружения, 2 - Астения, 3 - Низкая самооценка, 4 - Импульсивность, 5 - Сложность принятия решений, 6 - Чувство одиночества, 7 - Демобилизация, 8 - Рискованное поведение, 9 - Сложность эмоциональных отношений, 10 - Чувство усталости, 11 - Чувство беспомощности, 12 - Чувство отсутствия влияния, 13 - Низкая мотивированность, 14 - Склонность к представлениям, фантазии (эскапизм), 15 - Чувство вины, 16 - Проблемы в межчеловеческих отношениях, 17 - Зависть, 18 - Нарциссизм, 19 - Чувство опасности, 20 - Экзальтированность поведения, 21 - Иррациональность, 22 - Педантизм, 23 - Рефлексивность, 24 - Чувство эмоциональной и физической перегрузки. По оси ординат средне групповые значения шкал.

На рисунке 2А представлены средние значения шкал «Опросника KON-2006» в группах больных с невротическими расстройствами и здоровых лиц. Анализ влияния фактора «Группа» выявил, что группа пациентов с

невротическими расстройствами достоверно отличается от группы здоровых по общему показателю выраженности невротических черт личности (X-KON), характеризующему объем личностных дисфункций ($29,01 \pm 1,25$ для больных и $8,55 \pm 0,48$; $p \leq 0,001$), а также по показателям 23-х из 24-х шкал опросника KON-2006 (за исключением шкалы «Рискованное поведение»). Пациенты с невротическими расстройствами характеризуются большей выраженностью таких черт, как чувство зависимости от окружения, астения, низкая самооценка, импульсивность, сложность в принятии решений, чувство одиночества, демобилизация, сложность эмоциональных отношений, чувство усталости, чувство беспомощности, чувство отсутствия влияния, низкая мотивированность, эскапизм, чувство вины, проблемы в межлических отношениях, чувство зависти, нарциссизм, чувство опасности, экзальтированность поведения, иррациональность, педантизм, рефлексивность, чувство эмоциональной и физической перегрузки.

На рисунке 2Б представлены средние значения шкал «Опросника KON-2006» в группах мужчин и женщин. Анализ влияния фактора «Пол» показал, что женщины всей выборки (пациентки и здоровые) в сравнении с мужчинами характеризуются достоверно большей выраженностью невротических черт личности в целом (общий показатель X-KON у женщин составляет $19,38 \pm 1,01$, а у мужчин — $16,57 \pm 1,36$ при $p < 0,001$), а также большей представленностью в структуре личности таких невротических черт, как импульсивность, чувство зависимости от окружения; наличие астенических проявлений, чувства усталости, беспомощности, вины; экзальтированность поведения, иррациональность, мнительность, неуверенность в себе, обидчивость. Мужчины всей выборки характеризуются большей выраженностью склонности к рискованному поведению, нарциссизма и большими сложностями в эмоциональных отношениях.

Результаты оценки совместного влияния факторов Группы и Пол по показатель X-KON (общий объем личностных дисфункций), представленный в таблице 4, свидетельствует, что наибольшее влияние на общий объем личностных дисфункций оказывает фактор «Группа» (наличие или отсутствие клинически оформленного невротического расстройства). Это означает, что показатель X-KON хорошо дифференцирует клиническую группу, выявляя при этом и общую тенденцию половых различий (женщины в обеих группах демонстрируют более высокие показатели по сравнению с мужчинами).

Результаты исследования невротических черт личности с помощью методики «Невротические черты личности» (НЧЛ) также были подвергнуты многомерному многофакторному дисперсионному анализу. Обнаружено, что фактор «Группа» оказывает влияние на 5 из 7 личностных шкал этой методики. Пациенты с невротическими расстройствами, по сравнению со здоровыми лицами, характеризуются большей выраженностью таких черт, как неуверенность в себе ($2,99 \pm 0,66$ для $p \leq 0,001$), познавательная и социальная пассивность ($2,96 \pm 0,63$ для $p \leq 0,025$), интровертированная направленность личности ($p \leq 0,001$), социальная неадаптивность ($2,64 \pm 0,69$ для $p \leq 0,001$), невротический сверхконтроль поведения ($3,14 \pm 0,56$ для $p \leq 0,005$). Не выявлено достоверных различий по шкалам «Аффективная неустойчивость» и «Ипохондричность». Выраженность невротических черт личности (методика НЧЛ) у больных и здоровых, хотя и обнаруживает достоверные различия по 5 из 7 шкал, тем не менее находится имеет схожие значения, что не позволяет надежно дифференцировать выборки.

Анализ результатов исследования уровня невротизации с помощью методики «Уровень невротизации» (УН) и проведенный однофакторный дисперсионный анализ свидетельствуют о статистически достоверных различиях между группами пациентов с невротическими расстройствами и здоровых. Здоровые лица характеризуются низким уровнем невротизации, что свидетельствует об эмоциональной устойчивости, положительном фоне переживаний, чувстве собственного достоинства, социальной смелости и связанной с этими качествами стрессоустойчивости ($4,06 \pm 3,32$ для больных и $25,79 \pm 1,49$ для здоровых, $p \leq 0,001$). Однако следует отметить, что если в группе здоровых показатель невротизации находится в зоне низких значений, то в группе пациентов он располагается в зоне неопределенных значений. Иными словами, показатель невротизации, дифференцируя группы, тем не менее четко не верифицирует клинический диагноз.

Таким образом, сравнительный анализ результатов исследования с помощью 3 методик, направленных на выявление невротических черт личности и уровня невротизации, показал, что «Опросник невротической личности KON-2006» хорошо дифференцирует клиническую группу, описывает широкий спектр личностных особенностей (личностных дисфункций), присущих пациентам с невротическими расстройствами, диагностирует их высокую выраженность, а также выявляет однонаправленные половые различия. Методики НЧЛ и УН также различают группы пациентов и здоровых, но не фиксируют высокий уровень выраженности невротических черт личности у пациентов и, следовательно, четко не верифицируют на психологическом уровне клинический диагноз.

В параграфе 4.3 представлены результаты сравнительного изучения уровня социальной фрустрированности у больных с невротическими расстройствами и здоровых лиц, которые позволили в исследованных группах определить уровень удовлетворенности/неудовлетворенности своей жизненной ситуацией (см. рис. 3).

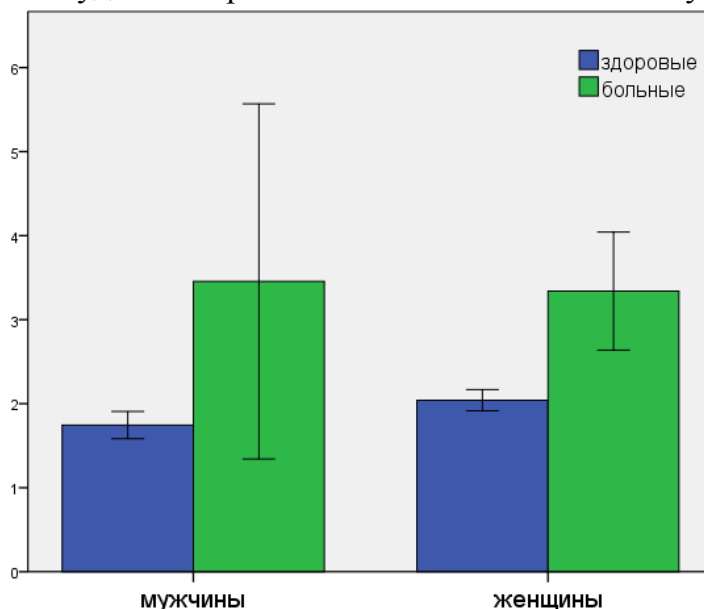


Рисунок 3. Средне групповые значения выраженности уровня удовлетворенности/неудовлетворенности своей жизненной ситуацией у мужчин и женщин из группы больных с невротическими расстройствами и здоровых лиц. По оси абсцисс – обозначения групп. По оси ординат – средне групповые значения удовлетворенности/неудовлетворенности.

Полученные данные демонстрируют высокий уровень неудовлетворенности личностно-средовой обстановкой в группе больных, тогда как здоровые испытуемые в большинстве удовлетворены своей ситуацией и не испытывают по этому поводу фрустрации ($3,06 \pm 2,27$ для больных по сравнению с $1,94 \pm 0,49$ для здоровых, $p \leq 0,001$). В отношении половых различий получены данные, свидетельствующие, что здоровые женщины более удовлетворены своей ситуацией, чем здоровые мужчины, а пациенты-мужчины и пациентки-женщины в одинаковой степени испытывают неудовлетворенность. Выявленная более выраженная социальная фрустрированность мужчин в группе здоровых и отсутствие различий между мужчинами и женщинами в группе пациентов согласуется с результатами исследования симптоматики, которые обнаружили в группе здоровых более выраженную невротизацию мужчин в сравнении с женщинами.

В параграфе 4.4 представлены результаты сравнительного изучения выраженности невротических конфликтов у больных с невротическими расстройствами и здоровых лиц, что позволило оценить степень выраженности конфликтов и выявить преобладающие конфликты в группах больных и здоровых. Результаты свидетельствуют, что общая выраженность интрапсихических конфликтов у пациентов с невротическими расстройствами достоверно выше, чем у здоровых лиц (соответственно $19,00 \pm 5,81$ по сравнению с $14,04 \pm 6,96$; $p \leq 0,0001$). Достоверные различия между группами больных и здоровых обнаружены по 7-ми из 14-ти показателей выраженности интрапсихических конфликтов.

В группе больных преобладают конфликты, связанные с потребностью в посторонней помощи, с необходимостью подчиняться и агрессией, с отказом от собственных потребностей и страхом неудач, а также с нежеланием прилагать усилия к достижению целей. У здоровых испытуемых преобладают конфликты, связанные с сохранением независимости, соблюдением установленных норм, расстановкой приоритетов, достижением успеха и удовлетворением своих потребностей. Анализ содержания преобладающих конфликтов в группах пациентов и здоровых свидетельствует, что у пациентов доминируют конфликты, сторонами которых являются традиционно негативно окрашенные психологические феномены (необходимость подчиняться, потребность в посторонней помощи, страх неудач и пр.), а у здоровых — конфликты с социально позитивным содержанием (сохранение независимости, достижение успеха, соблюдение установленных норм и пр.).

Несмотря на то что невроз рассматривается как конфликтогенное заболевание, не всякий внутренний конфликт является неврозогенным. Условием его «патогенности» является неадекватность системы отношений, препятствующая конструктивному разрешению конфликта, и особая значимость отношений, связанных с этим конфликтом (Мясищева В.Н., 1960; Карвасарский Б.Д., 1980, 1985; Абабков В.А., Исурина Г.Л., Мизинова Е.Б., 2012; Полянская Н.М., 2001; Метла Е.В., 2002). На основании результатов настоящего исследования к этому можно добавить и содержательную специфику невротических конфликтов: для пациентов с невротическими расстройствами содержание конфликтов включает прежде всего стремление к избеганию негативно окрашенных психологических состояний, а для здоровых — стремление к достижению позитивных ценностей.

Сравнительный анализ результатов исследования не выявил достоверных различий между мужчинами и женщинами как в группе пациентов, так и в группе

здоровых по общему показателю выраженности внутриличностных конфликтов ($17,17 \pm 6,87$ и $15,77 \pm 6,87$). Однако следует отметить расхождения в значимости различных конфликтов. По полученным данным, мужчинам обеих групп более свойственны конфликты, связанные с собственной независимостью, прилагаемыми к работе усилиями и страхом неудач, результатами выполняемой работы, притязаниями и достижениями, собственными возможностями и сексуальным поведением. Женщинам обеих групп более характерны конфликты в сфере определения приоритетов потребностей и регуляции поведения. Содержательный анализ преобладающих конфликтов в группах здоровых мужчин и женщин показал, что содержание конфликтов у мужчин в большей степени связано с действиями и их результатами, а у женщин — с реализацией собственных потребностей и собственным поведением.

В параграфе 4.5 «Выявление личностных характеристик, обнаруживающих наибольшую связь с клинически оформленными невротическими расстройствами» в результате анализа были выделены следующие факторы: «Психическая слабость» с включением таких показателей как: чувство зависимости от окружения (с факторным весом 0,85), астения (0,7), демобилизация (0,7), низкая самооценка (0,6), чувство усталости (0,6), импульсивность (0,55), сложность в принятии решений (0,4), чувство беспомощности (0,84), чувство отсутствия влияния (0,6), низкая мотивированность (0,74), чувство вины (0,6), чувство опасности (0,5); «Когнитивная и эмоциональная ригидность» (экзальтированность поведения – 0,6, иррациональность – 0,6, педантизм – 0,5, рефлексивность – 0,6, чувство эмоциональной и физической перегрузки – 0,45), «Социальная неадаптивность» (чувство одиночества – 0,4, сложность эмоциональных взаимоотношений – 0,6, проблемы в межличностных отношениях – 0,6), «Нарциссизм» (нарциссизм – 0,7, чувство зависти – 0,6) и «Эскапизм» (склонность к мечтанию – 0,4, рискованное поведение – 0,7).

Проведенный многомерный, многофакторный дисперсионный анализ позволил выявить паттерны личностных черт, характерных для пациентов с различными видами невротических расстройств (невротическое расстройство, расстройство адаптации, невротическое расстройство - независимые переменные) и выборки здоровых. Зависимыми переменными является выделенные выше 5 факторных показателей. В результате анализа выявлено, что паттерн «Социальная неадаптивность» является более характерным для пациентов с невротическим расстройством и расстройством адаптации ($0,05 \pm 0,85$ и $0,14 \pm 0,76$; $p \leq 0,007$), паттерн «Психическая слабость» – для пациентов с невротическим расстройством ($0,4 \pm 1,15$; $p \leq 0,041$); паттерн «Когнитивная и эмоциональная ригидность» – для здоровых ($0,12 \pm 0,8$; $p \leq 0,033$). Два паттерна – «Нарциссизм» и «Эскапизм» не обнаруживают групповой специфичности.

В параграфе 4.6 представлены результаты множественного регрессионного анализа, который позволил выявить связь длительности заболевания с 5ю факторными показателями, выделенными ранее в результате факторного анализа. Установлено, что наибольшее влияние на длительность заболевания оказывает фактор «Социальная неадаптивность» (0,183; $p \leq 0,01$). Можно предположить, что именно эти личностные характеристики, входящие в фактор «Социальная неадаптивность» выступают в качестве предикторов хронизации невротических нарушений.

В параграфе 4.7 представлены результаты множественного регрессионного анализа, проведенного с целью расширения содержания выделенных ранее факторов за счет выявления их взаимосвязей с клинико-психологическими характеристиками, полученными в ходе исследования с помощью других методик. Фактор «Психическая слабость» обнаруживает наиболее значимые корреляции с такими показателями методики SCL-90 как общий индекс выраженности патопсихологической симптоматики ($r=-0,248$; $p\leq 0,013$), индекс выраженности дистресса ($r=0,212$; $p\leq 0,024$), соматизация ($r=0,375$; $p\leq 0,001$); уровнем выраженности внутриличностных конфликтов ($r=0,316$; $p\leq 0,001$), а также с такими характеристиками как симуляция ($r=0,261$; $p\leq 0,001$), аффективная неустойчивость ($r=0,189$; $p\leq 0,014$), неуверенность в себе ($r=0,241$; $p\leq 0,002$). Фактор «Когнитивная и эмоциональная ригидность» обнаруживает значимые связи с интровертированной направленностью личности ($r=0,241$; $p\leq 0,007$). Фактор «Социальная неадаптивность» — с интровертированной направленностью личности ($r=0,301$; $p\leq 0,001$), интерперсональной сенситивностью ($r=0,19$; $p\leq 0,023$), а также с рядом интрапсихических конфликтов (в частности, с конфликтами между стремлением к достижению во всех областях и невозможностью совместить требования различных ролей ($r=0,262$; $p\leq 0,002$), между выраженной потребностью проявить себя и отсутствием позитивных усилий ($r=0,244$; $p\leq 0,004$), между стремлением к удовлетворению собственных потребностей и требованиями окружающей среды ($r=-0,234$; $p\leq 0,008$)); фактор «Нарциссизм» — с такими характеристиками, как «параноидность» мышления ($r=0,26$; $p\leq 0,003$) и выраженность конфликта между потребностью проявить себя и отсутствием позитивных усилий ($r=0,268$; $p\leq 0,002$); фактор «Эскапизм» — с враждебностью ($r=0,388$; $p\leq 0,001$), симуляцией ($r=0,242$; $p\leq 0,005$), конфликтом между уровнем притязаний и уровнем реальных достижений ($r=0,21$; $p\leq 0,01$), а также с ипохондричностью ($r=-0,156$; $p\leq 0,048$), интерперсональной сенситивностью ($r=-0,262$; $p\leq 0,012$), познавательной и социальной активностью ($r=-0,243$; $p\leq 0,003$).

В параграфе 4.8 представлены результаты факторного (метод главных компонент) и кластерного анализов, которые применялись для выявления «личностных типов» (кластеров), характерных для пациентов с невротическими расстройствами. Целесообразность повторного применения факторного анализа объясняется необходимостью выделения некоррелирующих переменных (факторов), полученных с помощью методики KON-2006, и представляет собой этап, предшествующий проведению кластерного анализа.

Факторный анализ методом главных компонент позволил выделить 4 фактора: «Низкая активность» (чувство усталости (с факторным весом 0,94), астения (0,84), демобилизация (0,75), проблемы в межличностных отношениях (0,7), чувство беспомощности (0,7), экзальтированность поведения (весом 0,6), чувство вины (0,6), сложность в принятии решений (0,5), чувство одиночества (0,5), чувство отсутствия влияния (0,44)), «Социальная слабость» (чувство опасности (0,85), низкая самооценка (0,8), низкая мотивированность (0,75), чувство зависти (0,75), чувство зависимости от окружения (0,7), иррациональность (0,45)), «Истероидность» (рискованное поведение (0,85), эскапизм (0,7), нарциссизм (0,7), импульсивность (0,6)) и «Когнитивная слабость» (чувство эмоциональной и физической перегрузки (0,8), педантизм (0,8), рефлексивность (0,7)).

Для выявления личностных типов, представленных в изучаемой выборке, на основе личностных факторов, описанных выше, был проведен кластерный анализ.

С помощью метода к-средних было выделено 4 кластера респондентов, представляющих группы со схожими профилями выраженности личностных факторов — 4 личностных типа. Каждый кластер включает несколько личностных факторов в разной степени выраженности. Среднее значения факторов представлены в ранговой шкале: от - 2,0 до 0,0 — низкая выраженность; от 0,0 до 1,0 — средняя выраженность; от 1,0 до 2,0 — высокая выраженность.

В результате анализа показано, что кластер 1, названный «Умеренная усталость», включает факторы Истероидность, Социальная слабость, Низкая активность (для всех факторов среднее значение выраженности), Когнитивная слабость (низкая выраженность). Кластер 2 «Замкнутость» включает факторы Низкая активность, Когнитивная слабость (средняя выраженность), Истероидность (низкая выраженность). Кластер 3 «Социальная неадаптивность» включает факторы Социальная слабость, Истероидность (оба — средняя выраженность), Низкая активность, Когнитивная слабость (оба — низкая выраженность). Кластер 4 «Когнитивная слабость» включает факторы Низкая активность (высокая выраженность), Истероидность, Когнитивная слабость, Социальная слабость (все — средняя выраженность). Наибольшая часть выборки образует кластер «Социальная неадаптивность» (43,8%), а наименьшая часть — кластер «Когнитивная слабость» (12,4%).

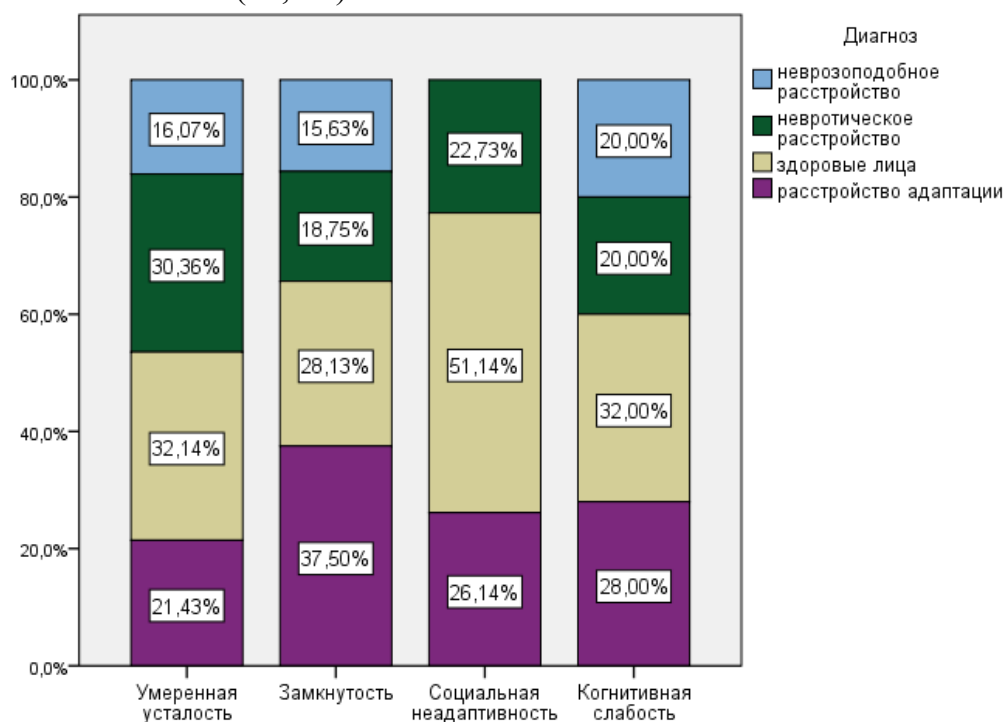


Рисунок 5. Соотношение личностных типов в диагностических группах и группе здоровых лиц.

По оси абсцисс – названия кластеров. По оси ординат – относительное число больных и здоровых лиц, в %.

На рисунке 5 представлено процентное соотношение личностных типов в диагностических группах и группе здоровых лиц.

Диагностические группы и группа здоровых лиц характеризуются различной представленностью личностных типов. Для пациентов с невротическим расстройством характерны 4 личностных типа представленных следующими кластерами: Умеренная усталость (30,36%), Социальная неадаптивность (22,73%),

Когнитивная слабость (20%), Замкнутость (18,75%); для пациентов с расстройством адаптации — 4: Замкнутость (37,5%), Когнитивная слабость (28%), Социальная неадаптивность (26,14%), Умеренная усталость (21,43%); для пациентов с невротоподобным расстройством — 3: Когнитивная слабость (20%), Умеренная усталость (16,07%), Замкнутость (15,63%); для группы здоровых лиц характерны 4: Социальная неадаптивность (51,14%), Умеренная усталость (32,14%), Когнитивная слабость (32%), Замкнутость (28,13%) (см. рис.5).

Таким образом, можно предположить, что наименее прогностически неблагоприятным является кластер «Социальная неадаптивность», в котором 51,4% респондентов принадлежат к группе здоровых лиц и полностью отсутствуют пациенты с невротоподобным расстройством. Наиболее прогностически неблагоприятным для расстройства адаптации является принадлежность к кластеру «Замкнутость» (37,5%), для невротического расстройства — к кластеру «Умеренная усталость» (30,36%), для невротоподобного расстройства — к кластеру «Когнитивная слабость» (20%).

В главе 5 приведено обсуждение результатов, полученных в ходе клинико-психологического и экспериментально-психологического исследования пациентов с невротическими расстройствами и здоровых лиц. Рассматриваются данные проведенного факторного, регрессионного и кластерного анализа, проводится соотнесение собственных результатов с результатами исследований, представленных в отечественной и зарубежной литературе.

В «Заключении» приводится обобщение результатов проведенного исследования, формулируются практические рекомендации по применению разработанного диагностического комплекса в клинике невротических расстройств.

ВЫВОДЫ

1. Клинико-психологические характеристики пациентов с невротическими расстройствами свидетельствуют о преобладании тревоги, жалоб соматического (соматовегетативного) характера, наличии навязчивых мыслей и действий, депрессивного аффекта различной степени глубины, снижении энергетического потенциала, а также о выраженном дискомфорте при межличностном взаимодействии, склонности к излишней рефлексии, низкой самооценке и самоосуждению. Структура выявленной у пациентов симптоматики определяет ведущую роль тревоги в формировании невротических расстройств и позволяет рассматривать соматизацию и ограничительное поведение в качестве ведущих механизмов совладания с тревогой, а низкую самооценку и трудности в сфере межличностного взаимодействия — в качестве ведущей психологической проблематики.
2. Мужчины с невротическими расстройствами характеризуются более выраженными проявлениями обсессивности-компульсивности, интерперсональной сензитивности и «параноидного» мышления, а женщины — жалобами на физическое здоровье, что выявляет половые различия в основных способах совладания с тревогой: у мужчин — «параноидное» мышление и ограничительное поведение, а у женщин — соматизация.
3. Пациенты с невротическими расстройствами характеризуются большим объемом и широким спектром личностных дисфункций при высокой степени выраженности практически всех невротических черт личности. Обнаружены

достоверные различия между пациентами с невротическими расстройствами и здоровыми по 23-м из 24-х шкал «Опросника невротической личности KON-2006», а также общему показателю выраженности (объема) личностных дисфункций. Полученные результаты свидетельствуют, что «Опросник невротической личности KON-2006» на российской выборке дифференцирует клиническую группу от группы здоровых, обнаруживая достоверные различия практически по всем показателям, описывает широкий спектр личностных особенностей (личностных дисфункций), присущих пациентам с невротическими расстройствами, и выявляет их высокую выраженность.

4. У больных с невротическими расстройствами в сравнении со здоровыми, выявлен достоверно более высокий уровень выраженности интрапсихических конфликтов и социальной фрустрированности, отражающие наличие внутриличностной проблематики и неудовлетворенность личностно-средовой ситуацией.
5. Выявлена содержательная специфика интрапсихических конфликтов: у пациентов с невротическими расстройствами конфликты включают негативно окрашенные психологические феномены и стремление к избеганию негативных психологических состояний и ситуаций, а у здоровых — стремление к достижению позитивных ценностей. Содержание конфликтов у мужчин в большей степени связано с действиями и их результатами, а у женщин — с реализацией собственных потребностей и собственным поведением.
6. Построенная с помощью метода максимального правдоподобия 5-ти факторная модель черт невротической личности (личностных дисфункций) обнаруживает связи с клинически оформленными невротическими расстройствами и включает факторы, обнаруживающие значимые взаимосвязи с изученными клинико-психологическими характеристиками: фактор «Психическая слабость» — с выраженностью интрапсихических конфликтов, неуверенностью в себе и уровнем дистресса; «Когнитивная и эмоциональная ригидность» — с замкнутостью, «Социальная неадаптивность» — с выраженностью интрапсихических конфликтов и интроверсией; «Нарциссизм» — со стремлением к признанию, с потребностью проявить себя и «параноидным мышлением», «Эскапизм» — с маниакальностью и стремлением к социальному одобрению. Наибольшее влияние на длительность заболевания оказывают факторы «Социальная неадаптивность» (положительная взаимосвязь) и «Эскапизм» (отрицательная взаимосвязь).
7. 4-х факторная модель черт невротической личности (метод главных компонент), включающая факторы «Низкая активность», «Социальная слабость», «Истероидность», «Когнитивная слабость», и проведенный на ее основе кластерный анализ позволил выделить 4 основных «личностных типа» (кластера): «Умеренная усталость», «Замкнутость», «Социальная неадаптивность», «Когнитивная слабость». Для различных видов невротических расстройств выявлены наиболее характерные кластеры, которые могут рассматриваться как прогностически неблагоприятные личностные типы: для расстройства адаптации - принадлежность к кластеру «Замкнутость», для невротического расстройства — к кластеру «Умеренная

усталость», для невротоподобного расстройства — к кластеру «Когнитивная слабость». Наименее прогностически неблагоприятным для развития невротических расстройств является кластер «Социальная неадаптивность», в котором 51,4% респондентов принадлежат к группе нормы и полностью отсутствуют пациенты с невротоподобным расстройством.

8. Сформированный и апробированный методический комплекс, включающий методики KON-2006, SCL-90, «Уровень социальной фрустрированности» и методику для изучения внутриличностных конфликтов, подтвердил свою пригодность для решения задач позитивной диагностики невротозов, а также для определения дифференцированных психотерапевтических мишеней.

СПИСОК ПУБЛИКАЦИЙ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. *Тромбчиньски П. К.* Сравнительное исследование невротических черт личности у больных и здоровых в России и Польши // Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 12: Психология. Социология. Педагогика. 2012. № 3. С. 37–43.
2. *Тромбчиньски П. К.* Взаимосвязь невротических черт личности и уровня социальной фрустрированности // Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 16. Психология. Педагогика., Выпуск 3. СПб. 2016 с. 126-139.
3. *Тромбчиньски П. К.* Паттерны личностных черт, взаимосвязанные с клиническими оформленными невротическими расстройствами // Вестник ЮУрГУ. Серия «Психология». – 2017 – Т. 10, №1. – С. 42-51.
4. *Тромбчиньски П. К.* Клинико-психологическая характеристика больных с невротическими расстройствами // Психология XXI века: материалы международной студенческой конференции СПб.: изд-во СПбГУ, 2010. С. 55–56.
5. *Тромбчиньски П. К.* Исследование личностных особенностей больных невротозами // Психология XXI века: материалы международной студенческой конференции СПб.: изд-во СПбГУ, 2011. С. 230–231.
6. *Тромбчиньски П. К.* Сравнительное исследование невротических черт у больных и здоровых в Польше и РФ // Ананьевские чтения — 2011: материалы научной конференции. СПб.: изд-во СПбГУ, 2011. С. 168–170.
7. *Тромбчиньски П. К.* Кросскультурный анализ проявления невротических черт у больных и здоровых мужчин // Ананьевские чтения — 2013: материалы научной конференции. СПб.: изд-во СПбГУ, 2013. С. 577–579.
8. *Тромбчиньски П. К., Мирошниченко О. В.* Выраженность невротических черт у больных и здоровых женщин в РФ и Польши // Ананьевские чтения — 2013: материалы научной конференции. СПб.: изд-во СПбГУ, 2013. С. 74–75.
9. *Тромбчиньски П. К., Терещенко С. С.* Взаимосвязи внутриличностных и межличностных конфликтов у женщин с невротическими чертами личности // Ананьевские чтения — 2015: материалы научной конференции. СПб.: изд-во СПбГУ, 2015. С. 91–92.
10. *Тромбчиньски П. К.* Роль социальных факторов, влияющих на невротизацию личности больных и здоровых // Наука и практика

- российской психотерапии и психиатрии: достижения и перспективы развития. СПб.: Издательский отдел ООО «Альта Астра», 2016. С. 71–72.
11. *Тромбчиньски П. К.* Новый «Опросник невротической личности KON-2006»: стандартизация на российской выборке // *Материалы Международного молодежного научного форума «ЛОМОНОСОВ-2016»* / отв. ред. И. А. Алешковский, А. В. Андриянов, Е. А. Антипов. [Электронный ресурс]. — М.: МАКС Пресс, 2016. С. 1-3
 12. *Тромбчиньски П. К.* «Личностные типы», связанные с невротическими расстройствами // *Ананьевские чтения – 2016. Психология: вчера, сегодня, завтра. Материалы международной научной конференции, 25–29 октября 2016 г., в 2-х томах* // отв. ред. А.В. Шаболтас, Н.В. Гришина, С.В. Медников, Д.Н. Волков — СПб.: Айсинг, 2016. ISBN 978-5-91753-129-8, стр. 158-160.
 13. *Тромбчиньски П. К.* «Опросник невротической личности KON-2006» — адаптация и стандартизация в России // *Научное издание. Сборник материалов научно-практической конференции с международным участием «Диагностика в медицинской (клинической) психологии: традиции и перспективы» (к 105-летию Сусанны Яковлевны Рубинштейн).* М.: ООО «Сам Полиграфист», 2016. С. 350-352.