

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П.Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации

На правах рукописи

**ХРУЛЕНКО-ВАРНИЦКИЙ ИГОРЬ ОЛЕГОВИЧ**

**КЛИНИКО-ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ  
ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ  
ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ**

14.01.06 – Психиатрия

**ДИССЕРТАЦИЯ**  
на соискание ученой степени  
доктора медицинских наук

Научный консультант:  
профессор, доктор медицинских наук,  
член-корреспондент РАН  
Александровский Юрий Анатольевич

Москва – 2017

## ОГЛАВЛЕНИЕ

СПИСОК УСЛОВНЫХ СОКРАЩЕНИЙ.....	5
ВВЕДЕНИЕ.....	6
Актуальность исследования.....	6
Задачи исследования.....	10
Научная новизна исследования. ....	11
Практическая значимость результатов исследования.....	13
Положения, выносимые на защиту .....	16
ГЛАВА 1. Современные представления об эмоциональных расстройствах и их коморбидности с другими нарушениями у больных с непсихотическими психическими расстройствами (аналитический обзор отечественных и зарубежных публикаций). ....	18
1.1. Исследования состояний эмоционального напряжения, повышенной возбудимости и раздражительности. ....	18
1.2. Особенности эмоциональных нарушений, сопровождающихся повышенной возбудимостью и раздражительностью при различных психических расстройствах. ....	33
1.3. Клинико-психофизиологические показатели эмоциональных расстройств .....	41
ГЛАВА 2. Методы исследования и изученные больные .....	71
2.1. Дизайн исследования .....	71
2.2. Критерии включения больных в исследование.....	73
2.3. Критерии исключения больных из исследования .....	74
2.4. Обоснование выбора методов исследования.....	75
2.5. Методы исследования, составившие исследовательский комплекс. ....	89
2.6. Общая характеристика основной группы наблюдавшихся больных.....	91
2.7. Принципы группировки и динамического исследования больных. ....	107
ГЛАВА 3. Клинико-психопатологические особенности больных с повышенной раздражительностью и эмоциональной возбудимостью. ....	112

3.1. Социодемографическая характеристика больных. ....	112
3.2. Анализ анамнестических данных больных. ....	117
3.3. Клиническая оценка состояния. ....	122
3.4. Сравнительная оценка реакций больных на стрессовые (психогенные) события у больных в исследованных группах. ....	128
ГЛАВА 4. Клинико-психологическая характеристика больных с различным уровнем раздражительности и эмоциональной возбудимости. ....	139
4.1. Оценка агрессивного поведения. ....	139
4.2. Оценка личностно-типологических свойств больных. ....	143
4.3. Оценка уровня тревожности и депрессии. ....	151
ГЛАВА 5. Психофизиологические и вегетологические показатели у больных с различной выраженностью эмоциональной возбудимости. ....	155
5.1. Особенности психофизиологических показателей у изученных больных. ....	155
5.1.1. Исследование внимания. ....	156
5.1.2. Исследование силы нервной системы. ....	157
5.1.3. Исследование динамичности нервной системы. ....	158
5.1.4. Исследование баланса нервных процессов. ....	160
5.1.5. Анализ различий психофизиологических показателей в исследованных группах больных. ....	162
5.2. Особенности вегетологических показателей в исследованных группах больных. ....	164
5.3. Особенности нейрофизиологических (ЭЭГ) показателей. ....	172
ГЛАВА 6. Особенности терапии больных с различным уровнем повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости. ....	179
ГЛАВА 7. Обсуждение результатов исследования и заключение. ....	190
ВЫВОДЫ. ....	218
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ. ....	222
ПРИЛОЖЕНИЕ 1. ....	271

<i>Опросник 1. КОРЭВ (краткий опросник повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости).</i> .....	271
<i>Опросник 2. Формализованный опросник для регистрации клинических признаков повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости.</i> .....	272
ПРИЛОЖЕНИЕ 2. ....	273
<i>Индивидуальная карта исследования №</i> .....	273
<i>Регистрационный лист к индивидуальной карте №</i> .....	290

## СПИСОК УСЛОВНЫХ СОКРАЩЕНИЙ

- ВЗПРЭВ – группа больных с высокими значениями показателей раздражительности и эмоциональной возбудимости
- ВНС – вегетативная нервная система
- ИТО – индивидуально-типологический опросник
- КОРЭВ – краткий опросник раздражительности и эмоциональной возбудимости
- НЗПРЭВ – группа больных с низкими значениями показателей раздражительности и эмоциональной возбудимости
- НПР – непсихотические психические расстройства
- ППР – пограничные психические расстройства
- ПР – повышенная раздражительность
- ПТСР – посттравматическое стрессовое расстройство
- ЦНС – центральная нервная система
- ЧСС – частота сердечных сокращений
- ЭВ – эмоциональная возбудимость
- ЭСТ – электросудорожная терапия
- ЭЭГ – электроэнцефалография
- ММРІ – миннесотский многоаспектный личностный опросник

## **ВВЕДЕНИЕ**

### **Актуальность исследования**

Научное обоснование и организация оказания помощи больным с непсихотическими психическими расстройствами (НПР), составляющими основную группу пограничных психических расстройств (ППР), по многочисленным данным отечественных и зарубежных авторов относится к числу приоритетных исследовательских и прикладных вопросов современной психиатрии.

Исследователями подчеркивается важность комплексного и углубленного исследования патогенетических механизмов и клинических особенностей НПР (Анохин П.К., 1975; Александровский Ю.А., 2006, 2007, 2015), прежде всего, для последующей разработки дифференцированной и целенаправленной терапии (Закусов В.В., 1966; Авруцкий Г.Я. с соавт., 1981; Аведисова А.С. с соавт., 2014; Боев И.В. с соавт., 2009; Смудевич А.Б., 2011; Александровский Ю.А., 2014; Незнанов Н.Г., 2014; Яхин К.К., 2014).

Формирование ведущих клинических проявлений у пациентов с НПР предполагает нарушения у них эмоционального реагирования, являющегося в современном понимании важнейшим неспецифическим показателем, отражающим возможности психической адаптации. Они проявляются в когнитивной, аффективной, поведенческой сферах, сопровождаются полиморфными психофизиологическими проявлениями и, в конечном счете, приводят к психической дезадаптации (Судаков К.В. с соавт., 2010). На первых этапах эмоциональное напряжение способствует повышению адаптационных возможностей, однако по мере ослабления функциональных возможностей барьера индивидуальной психической адаптации (Александровский Ю.А., 1976) формируются патологические состояния, носящие в большинстве случаев достаточно универсальный и неспецифический характер. У пациентов обнаруживается рассогласованность между имеющимися стремлениями, представлениями, ожиданиями и возможностями действия, сопровождающаяся

различными психофизиологическими нарушениями, что приводит к появлению преимущественно непсихотических психических расстройств и прежде всего эмоциональных нарушений.

В последующем они являются тем неспецифическим «ядром», вокруг которого возникают сложные психопатологические состояния. При этом три основные негативные эмоции человека - тревога, печаль и гнев – начинают доминировать в сфере негативных эмоциональных переживаний.

Тревога и печаль (депрессия), как ведущие феноменологические проявления, имеющие непосредственное отношение к болезненному расстройству, а во многом и образующие его, изучены достаточно подробно (Краснов В.Н., 2008, 2011; Смулевич А.Б., 2000,2001; Семке В.Я., 2001). В тоже время таким эмоциональным нарушениям, как гнев и ярость, входящим в кластер агрессии, наблюдаемым в психиатрической практике, уделяется недостаточное внимание.

У здоровых людей гнев, развивающийся в психогенно значимой для них ситуации, является быстро проходящей эмоцией и начинает обращать на себя внимание только тогда, когда возникает часто и сопровождается отчетливыми поведенческими проявлениями в виде приступов вспыльчивости. В случаях, сохранения «гневливого состояния» длительное время оно выступает главным образом в качестве одного из компонентов различных психопатологических проявлений.

Гнев, ярость и часто сопровождаемые ими агрессивные действия могут трансформироваться в социально более приемлемые формы поведения больного. При этом, по мнению В.Я. Семке (2006), в ряде случаев формируются признаки так называемого «третьего эмоционального проявления – агрессии». Оно определяет характер клинко-патогенетических особенностей состояния больных, в частности при формировании аффективных расстройств невротического уровня. Во многих случаях они существуют не в форме внешних проявлений в виде агрессивных действий, а как «эмоции побуждения», изменяющие состояние

эмоциональной сферы и клинически проявляющиеся в виде раздражения и гнева, сосуществующих с тревогой и депрессией. Болезненно преобразованные эмоции в этих случаях начинают определять суть ведущего симптомокомплекса и страдания пациента при пограничных психических расстройствах. «Зашторенные» эмоционально негативные клинические проявления, в свою очередь, могут достаточно быстро трансформироваться во враждебность, ярость и открытую агрессию, становясь важнейшими проявлениями девиантного поведения, примыкая к границам некриминальной и криминальной агрессии (Горинов В.В., 1997, 2009; Кудрявцев И.А., Ратинова Н.А., 2000; Дмитриева Т.Б., Шостакович Б.В., 2002; Дмитриева Т.Б., Шостакович Б.В., Ткаченко А.А., 2004; Сафуанов Ф.С., 2003, 2004; Сафуанов Ф.С., Макушкин Е.В., 2013; Дмитриева Т.Б., Сафуанов Ф.С., 2016; Макушкин Е.В., Горинов В.В., 2016).

Именно эти эмоциональные нарушения часто наблюдаются в психиатрической практике и фиксируются в клинической картине широкого спектра непсихотических психических расстройств в виде повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости, гневливости, сопровождаемых в большинстве случаев психовегетативными нарушениями. Тем не менее, они не получают должного внимания исследователей, хотя в последнее десятилетие и наблюдается возрастание интереса к данной проблеме (Абрамова А.А., 2005; Ваксман А.В., 2005; Гаранян Н.Г., 2003; Морозова с соавт., 2017; Copeland W.E. et al., 2015; DiGiuseppe R., Tafrate R.C., 2007; Fava M. et al., 2010; Hayes S.C. et al., 2013; Paula C. Varata et al., 2016; Vidal-Ribas P. et al., 2016).

Признаки повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости, на близость дефиниций которых указывали еще L. Berkowitz и A. Buss, существуют в клинике многих психопатологических проявлений. Они могут по-разному проявляться в виде: «раздражительной слабости» при неврастении, «гневливой мании», «брюзжащей меланхолии», «меланхолического раптуса» с отчаянием, яростью и аутоагрессией при некоторых депрессиях, «эксплозивности, дисфоричности» при органических заболеваниях ЦНС, проявлений



эмоциональной возбудимости при некоторых расстройствах личности и астениях различного генеза.

При непсихотических психических расстройствах такие эмоциональные нарушения в своем большинстве конъюгированы с другими психопатологическими проявлениями (астеническими, ипохондрическими, тревожными, фобическими, депрессивными, личностными и некоторыми другими), а также с сопровождающими их психофизиологическими отклонениями.

Обращение к научным исследованиям смежных с психиатрией областей медицинских знаний – психофизиологии и психологии (Бухановский А.О. с соавт., 1998; Изард К.Э., 2000; Ильин Е.П., 2001,2013, Кузнецова С.О., 2007; Судаков К.В. с соавт., 2010.) позволяет расширить изучение механизмов динамики выраженных эмоциональных нарушений у больных с непсихотическими психическими расстройствами. Это, прежде всего, относится к изучению эмоционального реагирования пациентов с аффективной неустойчивостью, повышенной раздражительностью, вспыльчивостью, гневливостью, импульсивностью и агрессивностью.

Данные, полученные в Отделе пограничной психиатрии ГНЦ ССП им. В.П. Сербского (Тихоненко В.А., 2005; Хруленко-Варницкий И.О., 2011), согласуются с результатами литературного анализа, позволяя утверждать, что эмоциональные нарушения в виде повышенной возбудимости, раздражительности, гневливости, с соответствующим психофизиологическим сопровождением, часто встречаются в повседневной психиатрической практике.

С учетом сказанного, актуальность настоящего исследования определяется, как распространенностью непсихотических психических расстройств, так и тем, что среди их различных клинических проявлений значительное место занимают эмоциональные расстройства, протекающие с повышенной раздражительностью и возбудимостью, отражающие сложные механизмы дисгармонии психофизиологического регулирования поведения человека. Клинический опыт

свидетельствует о том, что без их анализа невозможны эффективные индивидуализированные подходы к обоснованию дифференцированной терапии больных с эмоциональными расстройствами.

Между тем, из-за малочисленности целенаправленных клинико-биологических исследований и противоречивости их результатов отсутствует доказательная позиция понимания биологической основы эмоциональных нарушений и их связи с психофизиологическими показателями болезненного состояния. Имеющиеся данные предположительно свидетельствуют о том, что непсихотические психические расстройства, протекающие с проявлениями повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости, связаны с различными активационными процессами мозга, для исследования которых в настоящее время существует значительное количество валидных методик. Поэтому использование, наряду с клиническим анализом, комплекса адекватных методов, направленных на психофизиологическое, вегетологическое и нейрофизиологическое изучение состояния активирующих систем мозга может оказаться информативным при оценке выраженности эмоциональных расстройств, их синдромального своеобразия, а также полезным в решении прогностических и терапевтических проблем.

**Цель исследования** - выявить клинико-психофизиологические особенности формирования состояний повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости при развитии непсихотических психических расстройств, определить их место в общей структуре психических нарушений и обосновать дифференцированные терапевтические подходы к лечению больных с выраженными эмоциональными нарушениями.

#### **Задачи исследования**

1. Разработать и апробировать комплексные методические подходы к выявлению и клинико-психофизиологическому анализу состояний

повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости у больных с различными формами непсихотических психических расстройств.

2. Определить клинические показатели, отражающие динамику формирования повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости в различных группах больных с непсихотическими психическими расстройствами и изучить вопрос об их клинико-специфическом значении для развития болезненного состояния.
3. Установить значимость личностно-типологических характеристик больных для формирования повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости у пациентов с непсихотическими психическими расстройствами.
4. Получить психофизиологические, нейрофизиологические и нейровегетологические характеристики различных вариантов состояний повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости у больных с непсихотическими психическими расстройствами и определить особенности их влияния на формирование болезненных проявлений.
5. Оценить место симптомокомплекса повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости в клинических проявлениях различных форм непсихотических психических расстройств и определить их прогностическое значение для динамики состояния больных.
6. Обосновать необходимость дифференцированных диагностических и терапевтических рекомендаций при обследовании и лечении больных с различными формами непсихотических психических расстройств, сопровождаемых повышенной раздражительностью и эмоциональной возбудимостью.

#### **Научная новизна исследования.**

Впервые с использованием интегративного подхода проведен системный анализ клинико-психопатологических, клинико-психологических и

психофизиологических характеристик больных в основных нозологических группах непсихотических психических расстройств с различной выраженностью раздражительности и эмоциональной возбудимости.

Разработаны методические подходы к комплексной клинической оценке степени выраженности и особенностей проявлений повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости у пациентов с непсихотическими психическими расстройствами.

Впервые на основе клинико-психологического анализа установлены факторы, в различной степени связанные с проявлениями повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости. Выявлены показатели личностных, биологических особенностей («почвы») и психогенных воздействий способствующих развитию состояний повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости.

Установлено, что модальность повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости имеет относительно нозо- и синдромо-неспецифический характер, является самостоятельным по-разному проявляющимся в структуре различных симптомокомплексов феноменом. При этом показано, что для развития проявлений повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости, наряду с клинико-психопатологическими особенностями, имеют значение личностно-типологические характеристики и другие особенности больных.

Впервые дано содержательное описание психофизиологических, нейровегетологических и нейрофизиологических характеристик состояния больных играющих значительную роль в формировании клинических вариантов нервно-психических расстройств, сопровождающихся повышенной раздражительностью и эмоциональной возбудимостью. Высоким уровням раздражительности и эмоциональной возбудимости соответствует преобладание процессов активации, сочетающихся с истощением адаптационных механизмов отражающих существующие особенности пластичности мозга. Они также

сопровожаются перевозбуждением центральных звеньев регуляции вегетативного обеспечения деятельности и слабостью (истощением) надсегментарных и сегментарных симпатических регулирующих влияний.

Установлены новые характеристики электрической активности мозга, характерные для высоких уровней раздражительности и эмоциональной возбудимости. В фоновой ЭЭГ выявлено снижение уровня функциональной активности затылочных отделов мозга, преимущественно правого полушария. В ЭЭГ с нагрузочными пробами установлено снижение функциональных (регуляторных) возможностей мозга и контроля в лобных отделах (гипофронтальность) под влиянием стрессовых нагрузок и их повышении, наблюдаемое при низких уровнях эмоциональной возбудимости.

Впервые обоснованы особенности терапии НПР с учетом имеющихся у больных выраженных эмоциональных нарушений в виде повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости. Они определяют сложности в выборе, как психотерапевтических программ, так и эффективно действующего базового психофармакологического средства (чаще антидепрессанта), недостаточную эффективность монотерапии и более продолжительные терапевтические курсы. Клиническое улучшение у больных в этих случаях формируется с задержкой, чаще во второй половине лечебного курса, что требует коррекции терапевтических подходов. В последующем необходима длительная поддерживающая терапия с использованием комплексных индивидуально подобранных лечебно-реабилитационных программ.

### **Практическая значимость результатов исследования**

Разработанный комплексный, системный, междисциплинарный методический подход к выявлению особенностей и оценке выраженности проявлений повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости у пациентов с различными формами непсихотических психических расстройств дает возможность эффективно решать исследовательские задачи при изучении

имеющихся у них клинико-патогенетических особенностей психических расстройств. Результаты проведенного исследования, полученные в соответствии с предложенной программой, позволили обосновать исследовательскую гипотезу об относительной неспецифичности состояний повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости, по-разному проявляющихся в структуре различных симптомокомплексов и в свою очередь, оказывающих влияние на их оформление, а также поставить ряд новых вопросов, ориентированных на будущие исследования.

Предложенная группировка клинических факторов, в различной степени связанных с проявлениями повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости у больных с психическими расстройствами, влияющих на их формирование, может оказаться полезной в качестве базиса для дальнейшего углубленного научного и диагностического поиска в целях решений прогностических и профилактических задач.

Клинико-психологические результаты исследования дают возможность получить комплексное представление о predisposиционных личностных характеристиках в той или иной степени определяющих формирование клинических проявлений повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости и, предположительно, отражающих слабость различных звеньев конституциональной структуры больных с непсихотическими психическими расстройствами. Полученные данные, дополненные сведениями о специфических особенностях содержания психогений, субъективного восприятия психотравмирующих событий, эмоционально-ценностного переживания психотравмирующих ситуации могут быть использованы при разработке дифференцированных психотерапевтических подходов и создании новых лечебно-реабилитационных методик.

Электроэнцефалографические исследования установили имеющие самостоятельную значимость особенности функциональной активности различных областей мозга, связанные с существованием повышенной

раздражительности и эмоциональной возбудимости, характеристиками ее клинических проявлений, течения заболевания и отличающиеся от ЭЭГ паттернов, наблюдаемых при развитии агрессивного поведения. Обнаруженные в нейрофизиологических исследованиях ЭЭГ-феномены оказались специфичными для состояний, протекающих с повышенной раздражительностью и эмоциональной возбудимостью. Они могут составить основу для их выявления и ранней профилактики, в том числе у лиц особых профессий, связанных с постоянным психоэмоциональным напряжением.

Проведенный системный анализ психических, психофизиологических и нейрофизиологических процессов в патогенезе непсихотических психических расстройств позволил установить, что они являются звеньями единого психофизиологического механизма, связанного с процессами активации в ЦНС.

Наблюдавшиеся особенности терапии больных с повышенной раздражительностью и эмоциональной возбудимости служат основанием к назначению комбинированной психофармакотерапии с применением дополнительно к подобранному базовому препарату ряда средств седативного и ноотропного действия, способствовавших редукции основного симптомокомплекса и проявлений повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости. Установлена эффективность длительного совместного использования психофармакотерапии и индивидуально подобранных комплексных дифференцированных психотерапевтических и лечебно-реабилитационных программ.

Представленные данные существенно дополняют и уточняют клинические представления о патогенезе непсихотических психических расстройств, обосновывают практическую необходимость системного подхода к диагностической оценке состояния больных с непсихотическими психическими расстройствами, определения критериев прогноза болезненного состояния и обоснования индивидуализированных комплексных лечебно-реабилитационных подходов к терапии.

### **Положения, выносимые на защиту**

1. Представлены современные системные характеристики непсихотических психических расстройств, протекающих с выраженными эмоциональными расстройствами в виде проявлениями повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости.
2. Доказано, что симптомокомплекс повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости, наряду с другими клиническими и патопсихологическими детерминантами, обладая относительным нозо- и синдромо- неспецифическим характером, принимает участие в формировании и клиническом оформлении большинства непсихотических психических расстройств.
3. Определены и структурированы две группы клинически определяемых факторов, опосредующих формирование повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости у больных с непсихотическими психическими расстройствами. Первую группу составляют факторы «почвы», в том числе и личностно-типологические особенности больных, вторую – психогенные воздействия.
4. Наряду с клинико-психопатологическими особенностями, выявлены комплексные психофизиологические, нейровегетологические и нейрофизиологические маркеры состояния больных с непсихотическими психическими расстройствами, имеющие важное значение для формирования состояний повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости. К ним относятся:
  - преобладание процессов активации, сочетающихся с истощением адаптационных механизмов отражающие особенности пластичности мозга;
  - перевозбуждение центральных звеньев регуляции вегетативного обеспечения деятельности и слабостью (истощением) надсегментарных и сегментарных симпатических регулирующих влияний;



- особенности электрической активности мозга в виде снижения уровня функциональной активности затылочных отделов мозга, преимущественно правого полушария, свидетельствующие о снижении его функциональных (регуляторных) возможностей и контроля (гипофронтальность) в условиях стрессовых нагрузок и, напротив, их повышении, наблюдаемом при низких уровнях раздражительности и эмоциональной возбудимости.

5. Установлено, что комплексные лечебно-реабилитационные и профилактические мероприятия у больных с различными видами непсихотических психических расстройств должны проводиться с учетом особенностей имеющих у больных эмоциональных расстройств, входящих в кластер агрессии, таких как повышенная раздражительность и эмоциональная возбудимость. Для их эффективного купирования необходимо использование мер, воздействующих на выявленные в ходе исследования патогенетически значимые психофизиологические нарушения, которые включают комбинированную психофармакотерапию и комплексные дифференцированные психотерапевтические и лечебно-реабилитационные программы.

## ГЛАВА 1.

### **Современные представления об эмоциональных расстройствах и их коморбидности с другими нарушениями у больных с непсихотическими психическими расстройствами (аналитический обзор отечественных и зарубежных публикаций).**

#### **1.1. Исследования состояний эмоционального напряжения, повышенной возбудимости и раздражительности.**

*Эмоциональность* понимается большинством исследователей как совокупность свойств человека, характеризующих содержание, качество и динамику его эмоций и чувств, и *эмоционального реагирования* (Ильин Е.П. (2001); Мерлин В.С. (1973); Небылицын В.Д. (1962,1982,1990); Теплов Б.М. (1961); Фресс П. (1975) и др.). Содержательные аспекты эмоциональности определяются теми явлениями, ситуациями и событиями, которые имеют особую значимость для субъекта. Они связаны со стержневыми параметрами личности: ее мотивационной направленностью, мировоззрением, системой ценностей и базовых представлений и т.п. Качественные характеристики эмоциональности описывают отношение индивида к явлениям действительности. Они выражаются в знаке и модальности доминирующих эмоций. К динамическим свойствам эмоциональности относятся особенности возникновения, протекания и прекращения эмоциональных процессов и их внешнего выражения.

На вопрос о том, является ли эмоциональность врожденным или приобретенным свойством, нельзя ответить однозначно. И.П. Павлов считал, что различия в эмоциональности животных или людей зависят от типа нервной системы и влияний, испытывавшихся с момента рождения. Характеристики эмоционального реагирования, которые проявляются постоянно и ярко являются *эмоциональными свойствами*. Большинство психологов выражают согласие с тем, что эмоциональность следует рассматривать в качестве одной из центральных составляющих *темперамента*, и таким образом подтверждают мысль о том, что эмоциональность в некоторой степени определяется наследственными, врожденными, генетически закрепленными предпосылками. Общая

*эмоциональная направленность* личности, проявляющаяся в том, какие эмоции оказываются наиболее близкими человеку, наиболее желательными и устойчивыми, обуславливает избирательность отношения субъекта к явлениям природы и искусства, жизненным ситуациям и окружающим его людям.

Эмоциональность имеет сложную структуру. К ее основным компонентам Е.П.Ильин (2001,2013) относит:

- *Эмоциональную возбудимость*, под которой понимают готовность эмоционального реагирования на значимые для человека раздражители. При повышенной эмоциональной возбудимости функциональный уровень деятельности изменяется в ответ на более слабые внешние и внутренние воздействия. Возбудимость может проявляться в таких особенностях поведения, как несдержанность, горячность, раздражительность, вспыльчивость;
- К эмоциональной возбудимости близка *эмоциональная отзывчивость*, восприимчивость. Эмоциональная отзывчивость как устойчивое свойство индивида проявляется в легком, быстром и гибком эмоциональном реагировании на различные воздействия – социальные события общение, окружающих людей;
- *Силу эмоций*. Функция этого свойства – энергизация деятельности в зависимости от удовлетворения или неудовлетворения мотивов. Некоторые люди могут испытывать чувства такой силы и интенсивности, на которые другие оказываются неспособными;
- *Эмоциональную устойчивость* - сопротивление действию эмоциогенных факторов, контроль импульсов и влечений, терпеливость, ведущие к стабильности деятельности. Эмоциональную устойчивость субъекта определяют два фактора: 1) время появления эмоционального состояния при длительном или постоянном действии эмоциогенного фактора – чем позднее появляются эмоции, тем выше устойчивость; 2) сила

эмоциогенного воздействия – чем больше должна быть сила воздействия, тем выше эмоциональная устойчивость;

- *Эмоциональную лабильность* - подвижность эмоций, благодаря которой человек быстро реагирует на смену ситуаций и обстоятельств, свободно выходит из одних эмоциональных состояний и входит в другие. Слишком выраженная лабильность эмоций может осложнить отношения с окружающими, так как личность проявляет себя как импульсивная, реактивная, плохо управляющая собой и своими состояниями. Лабильности противопоставляется эмоциональная ригидность, которая характеризуется «вязкостью» эмоций, их стабильностью трудностью переключения с одних эмоций на другие. Даже в случае изменения эмоциогенных ситуаций и обстоятельств человек продолжает переживать вызванные ими эмоции;
- *Тревожность* - эмоциональная возбудимость в угрожающей ситуации, склонность к переживанию тревоги, характеризующаяся низким порогом возникновения реакции тревоги. Тревога определяется как переживание эмоционального дискомфорта, связанное с ожиданием неблагоприятного, предчувствием грядущей опасности. Тревога, в отличие от страха как реакции на реальную опасность это осознаваемое эмоциональное состояние без конкретного содержания, переживание неопределенной, диффузной, безобъектной угрозы. Стимулы или условия, порождающие тревогу, индивиду неизвестны. В состоянии тревоги интенсивность эмоциональной реакции на стрессовую ситуацию непропорционально выше величины объективной опасности. Тревогу обычно подразделяют на реактивную (тревогу как состояние) и личностную тревожность. Тревога как состояние – это неприятное эмоциональное состояние, которое характеризуется ощущением напряжения, беспокойства, мрачных предчувствий. Тревожность как

черта личности – это склонность индивида испытывать состояние тревоги.

В контексте настоящей работы особый интерес представили исследования главного компонента *эмоциональности* человека - *эмоциональной возбудимости*, проявляющейся через такие составляющие вектора агрессии, как несдержанность, повышенная раздражительность, гневливость (Ильин Е.П., 2001, 2013).

Упоминания об эмоциональной возбудимости можно найти еще у Гиппократов, в его описаниях холерического типа темперамента. В конце XIX века П. Малапер (1913) выделял особый тип эмоциональных людей, наряду с апатичными и страстными. Г. Хейманс и Е. Вирсма (1908) обратили внимание на три главных фактора личности: эмоциональность, активность и реактивность. Об эмоциональности они судили по тому, как «близко к сердцу принимает человек пустяки, восторгается он или плачет по незначительному поводу». Интересны, с точки зрения Е.П. Ильина (2001), слова А.Ф. Лазурского (1908), писавшего: «...наблюдая различных людей, мы видим, что у одних чувства, свойственные им, начинают проявляться лишь в том случае, когда влияние... условий достигает значительной интенсивности; только какие-нибудь необычайные события способны нарушить их обычное равнодушие и привести их в состояние некоторого возбуждения. Другие, наоборот, при всяком ничтожном поводе “вспыхивают как порох”, волнуются, кипятятся, приходят в состояние восторга или изумления и т.д.». Далее А.Ф. Лазурский (1908) отмечал, что, строго говоря, о значительной эмоциональной возбудимости можно говорить лишь в тех случаях, когда все чувства, доступные данному человеку, возникают у него с одинаковой легкостью. Однако сюда нередко относят и случаи «легкой отзывчивости» какой-то одной эмоции, особенно при различных патологиях. Эти случаи, по его мнению, хотя и близки к эмоциональной возбудимости, но не полностью ей тождественны.

Можно предположить, что эмоциональная возбудимость отражает общую возбудимость нервной системы, обусловленную уровнем активации покоя. О такой возможности в соответствующих концу XIX века физиологических терминах писал А. Фулье (1896): в основе различной возбудимости чувствований лежит склонность к быстрому возрастанию нервного вещества в соответствующих центрах (очевидно, автор имел в виду быстрое возрастание возбуждения). Подтверждение этому можно найти и в работе А.А. Коротаева (1970), о влиянии эмоций на трудовые операции учениц профтехучилищ. Им показано, что лица со слабой нервной системой (т.е. более высокоактивированные и легковозбудимые) в большей степени чувствительны к отрицательным эмоциогенным раздражителям, чем лица с сильной нервной системой. В противоположность этому в исследованиях Р.И. Аллагулова (1971) связь между эмоциональной возбудимостью и слабостью нервной системы не достигала уровня достоверности.

По мнению Е.П. Ильина (2001), эмоциональная возбудимость способствует эффективности некоторых видов профессиональной деятельности. Примером этого является исследование Е.М. Высотской (1979), показавшей, что эмоциональная возбудимость способствует успешному обучению профессии артиста балета, положительно влияя на выразительность, артистичность, успеваемость по классическому, характерному танцам и по актерскому мастерству. Автор предположила, что аналогичные примеры можно наблюдать при выполнении человеком разных видов творческой деятельности.

С точки зрения физиологии, эмоциональная возбудимость является не чем иным, как адекватной готовностью реагировать на значимые для человека раздражители. Существенную роль в формировании этой готовности играет адреналин, введение которого совершенно здоровым испытуемым приводило к появлению эмоциональных вспышек на те раздражители, которые раньше оставляли их совершенно спокойными.

Проявления данного феномена описывались многими исследователями. Первоначально эмоциональная возбудимость понималась как эмоциональность (отзывчивость человека на эмоциогенные ситуации) и реактивность. П. Фресс (1975), например, определял эмоциональность как черту личности («...это чувствительность к эмоциогенным ситуациям...»). Термин «эмоциональность», по Фрессу, употребляется как синоним гиперэмоциональности, т.е. как проявление более частых и более сильных эмоциональных реакций, чем это обычно свойственно людям. Б.М. Теплов (1961) характеризовал эмоциональную возбудимость как быстроту возникновения чувств (эмоций) и их силу. В.С. Мерлин в одном из самых известных и значимых для индивидуальной психологии трудов «Очерк теории темперамента» (1973) выделил в темпераменте два эмоциональных свойства: эмоциональную возбудимость и силу эмоций. Первое свойство означает эмоциональную отзывчивость, второе — энергетическую сторону возникающих эмоций. Автор указывал, что «...так как психика - свойство нервной системы, то и индивидуальные свойства психики, в том числе и свойства темперамента, обусловлены индивидуальными свойствами нервной системы...», а «...однозначная зависимость темперамента от типа нервной системы имеет очень важное эвристическое значение в психологическом исследовании...». Эмоциональная возбудимость, по его мнению, коррелирует со слабой нервной системой, преобладанием возбуждения над торможением и подвижностью нервных процессов.

Тем самым, и П. Фресс, и Б.М. Теплов, и В.С. Мерлин отмечают в эмоциональности ее динамическую характеристику. Такого же понимания эмоциональности придерживаются и другие психологи П.И.Иванов (1995), А.Г. Ковалев (1965). В то же время, характеризуя типы темперамента, Б.М. Теплов (1985,2000) и А.Г. Ковалев (1965), отмечали присущие им преобладающие эмоции: гневливость и агрессивность холерика, веселость и жизнерадостность сангвиника.

Эмоциональность как качественную характеристику гиперэмоциональности рассматривает и Г. Крейг (2000). Для нее эмоциональность — это склонность легко поддаваться чувствам страха и гнева.

В.Д. Небылицын (1962) тоже оценивает эмоциональность как одно из свойств темперамента. Уровень эмоциональности человека он определял через способность к эмоциональному переживанию (с учетом модальности этого переживания). В более ранней работе (1964) он дает развернутое определение эмоциональности как обширного комплекса свойств и качеств, характеризующих особенности возникновения, протекания и исчезновения разнообразных чувств, аффектов и настроений. В качестве основных характеристик эмоциональности автор выделяет впечатлительность, импульсивность и эмоциональную лабильность. Впечатлительность выражает аффективную восприимчивость человека, его чуткость к эмоциогенным воздействиям, способность найти почву для эмоциональных реакций там, где для других такой почвы не существует. Речь, следовательно, идет об эмоциональной возбудимости. Импульсивность В.Д. Небылицын рассматривает как быстроту, с которой эмоция становится побудительной силой поступков и действий без их предварительного обдумывания и сознательного решения выполнить их. Под эмоциональной лабильностью он понимает быстроту, с которой прекращается данное эмоциональное состояние или происходит смена одного переживания другим.

Е.П. Ильин (2001) считает, что феномен эмоциональной возбудимости может проявляться в таких особенностях поведения, как вспыльчивость, раздражительность, в отношении которых К.Изард (1980) использует понятие «эмоциональный порог». Человек с низким порогом эмоции гнева более вспыльчив и чаще находится в этом состоянии. Далее автор пишет: «...чем выше эмоциональная возбудимость, тем больше интенсивность возникающих эмоций и тем дольше они сохраняются...» Другой его вывод состоит в том, что «...чем больше выражена эмоциональность, тем большее влияние на ухудшение эффективности деятельности она оказывает. Следует, однако, отметить, что эти



корреляции обнаруживаются не на всех выборках. Наиболее устойчивой является связь между эмоциональной возбудимостью и интенсивностью переживаемых эмоций. У лиц женского пола корреляции обнаруживаются реже, чем у лиц мужского пола...». Исследователь также указывает на связь эмоциональных расстройств и эмоциональной возбудимости с различными психическими заболеваниями, которая всегда носит индивидуальный характер. Перечисляя патологические изменения эмоциональных свойств, Е.П. Ильин, в частности, останавливается на аффективной возбудимости как склонности «...к чрезмерно легкому возникновению бурных эмоциональных вспышек, неадекватных вызвавшей их причине». Эмоциональная возбудимость при этом «проявляется в приступах гнева, ярости, запальчивости, которые сопровождаются двигательным возбуждением, необдуманными, подчас опасными действиями». Автор пишет, что «...дети и подростки с аффективной возбудимостью капризны, обидчивы, конфликтны, часто чрезмерно подвижны, склонны к необузданным шалостям. Они много кричат, легко озлобляются; всякие запреты вызывают у них бурные реакции протеста со злобностью и агрессией...». Аффективная возбудимость, по его мнению, характерна для формирующейся психопатии, неврозов, патологически протекающего пубертатного криза, психопатоподобного варианта психорганического синдрома, эпилепсии и астении, а при «...формирующейся психопатии возбудимого типа и при эпилепсии аффективная возбудимость выступает в сочетании с преобладающим угрюмым настроением, жестокостью, злопамятностью, мстительностью».

Автор считает, что эмоциональная возбудимость отражает общую возбудимость нервной системы, обусловленную уровнем активации покоя (Ильин Е.П., 2013).

Во «Введении в клиническую психологию» П.И.Сидоров и А.В.Парняков (2000) указывают: «...эмоциональная возбудимость — обычно определяется той минимальной силой, интенсивностью внешних или внутренних стимулов, которые способны вызвать отклик, эмоциональную реакцию у человека. Более

выраженная реактивность наблюдается в детском и подростковом возрасте, а в старости она снижается. Человек может реагировать эмоционально повышено, однако все же пропорционально стимулам (синтонно). Эта пропорциональность начинает нарушаться при невротических состояниях, когда повышенные эмоциональные реакции возникают на обычные стимулы. При повышенной чувствительности, проявляющейся легкой ранимостью, говорят об эмотивности. Такая эмоциональная гиперреактивность бывает у больных с неврозами и обычно сопровождается быстрой истощаемостью аффекта», «...эксплозивность — бурные эпизодические взрывы аффектов, которые неадекватны раздражителям, появляются по каждому ничтожному поводу, иногда даже с проявлениями агрессии по отношению к окружающим или аутоагрессии (самоповреждения). Взрывчатость часто сочетается с инертностью и тугоподвижностью эмоций, а также трудностями их произвольного контроля - больные в силу этого импульсивны. Наблюдается при некоторых видах психопатий, при алкоголизме, при органических заболеваниях мозга».

Как порог минимального воздействия, необходимого для возникновения эмоциональной реакции, а также быстрота ее развития определяет эмоциональную возбудимость А.О.Бухановский (1).

Одной из частых форм внешнего проявления эмоциональной (аффективной) возбудимости является раздражительность, на что прямо указывает Е.П. Ильин (2013). По его оценке, это «...склонность к легкому возникновению чрезмерных отрицательных эмоциональных реакций, по своей выраженности не соответствующих силе раздражителя», « ...раздражительность, может быть свойством патологической личности (например, при психопатии возбудимого, астенического, мозаичного типа) », либо в совокупности с другими симптомами «... является признаком астении различного генезиса (ранней резидуально-органической церебральной недостаточности, черепно-мозговой травмы, тяжелых соматических заболеваний). Раздражительность может быть и свойством дистимии».

В этом же контексте следует упомянуть основополагающие работы Buss А.Н., Durkee А. (1957), Berkowitz L. (2001), Caprara G.V. et al. (1985). С точки зрения авторов, раздражительность нужно понимать, как чрезмерную реактивность к отрицательным эмоциональным стимулам, включающую наличие аффективного компонента - гнева, и поведенческого компонента – излишнего возбуждения, агрессии. Исходя из такой позиции исследователей, поведенческие проявления повышенной раздражительности могут рассматриваться в рамках вектора агрессии.

Существует и другие исследования, указывающие на непосредственную связь раздражительности и агрессивного поведения. К примеру, в экспериментальных исследованиях (Caprara G., Renzi P., Alcini P., D' Imperio G., Travaglia G., 1983; Caprara G.V. et al., 1985; Caprara G.V., Renzi P., D'Augello G., D'Imperio G., Travaglia G., 1986) продемонстрированы более высокие показатели агрессии у мужчин и женщин с повышенной раздражительностью при предъявлении им фрустрирующих стимулов, либо после лишения никотина (Parrott D., Zeichner A., 2001). В других исследованиях обнаружена связь между повышенной раздражительностью в раннем подростковом возрасте и физической агрессией и насилием в позднем (Caprara G., Paciello M., Gerbino M., Cugini S., 2007).

В работах отечественных исследователей также можно найти схожие определения раздражительности, как «...проявления излишней, чрезмерной чувствительности в отношении повседневных впечатлений, как приятных, так и, чаще всего, неприятных, особенно таких, которые адресованы самолюбию. Большей частью характеризуется как постоянно возникающие, но кратковременные вспышки недовольства, относительно неглубокие проявления неприязни, вербальной и косвенной агрессии, ориентированные на кого- или что-либо» (Жмуров В.А., 1986,2006), либо «...склонность индивида к неадекватным, чрезмерным реакциям на обычные раздражители внешней и внутренней среды» (Первый В.С., с соавт., 2013).

Родство понятий повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости следует и из современного определения раздражительности, приведенного Американской психиатрической ассоциацией (АРА). Раздражительность описывается как «...постоянный упорный гнев, склонность реагировать на происходящее вспышками гнева или обвинением других, преувеличенным чувством разочарования из-за малосущественных событий» (приводится по Диагностическому статистическому руководству по психическим расстройствам, АРА, 2013).

Большинство авторов указывает на сложность однозначного определения раздражительности, в том числе и потому, что раздражительность является нормальным аверсивным ответом с отвращением, недовольством, который большинство здоровых людей переживает в течение жизни. Имеющиеся в литературе определения описывают раздражительность как одну из форм агрессии и не позволяют надежно отделить ее от гнева и враждебности. Постоянно повышенная, либо часто проявляющаяся вовне раздражительность одновременно может быть признаком психического, либо другого медицинского неблагополучия (Fava M., Hwang I., Rush A.J., Sampson N., Walters E.E., Kessler R.C., 2010; Yang C.C., Hua M.S., Lin W.C., Tsai Y.H., Huang S.J., 2012), ухудшая межличностные отношения и снижая качество жизни (Fava M. et al., 2010; Sahl J.C., Cohen L.H., Dasch K.B. 2009; Stringaris A, Cohen P., Pine D.S., Leibenluft E. 2009).

Появляется все больше свидетельств о распространенности и влияния раздражительности у здоровых и больных в населении, что вызвало нарастающий интерес исследователей к установлению причин, последствий и к лечению раздражительности (DiGiuseppe R, Tafrate R.C., 2007; Fava M. et al., 2010).

Наиболее подробное и многостороннее определение раздражительности дано Paula C. Varata et al. (2016) на основе контент-анализа определений этого понятия, имеющихся в психиатрической и психологической литературе

последних 30 лет, включая массив современных описаний раздражительности, сделанных обычными людьми, либо непрофессионалами.

Под *раздражительностью* исследователями понимается эмоциональный процесс, который характеризуется склонностью испытывать негативные аффективные состояния, такие как гнев, раздражение и разочарование, неудовлетворенность и фрустрацию, которые могут быть выражены вовне или оставаться скрытыми. Раздражительность часто включает в себя чувство, что эмоциональные реакции и ответы являются неоправданными или несоразмерными с непосредственным источником, но их трудно контролировать.

С этой точкой зрения согласуется и мнение P.Vidal-Ribas et al. (2016) сформулированное по результатам метаанализа 163 психиатрических источников, упоминающих раздражительность. Авторы утверждают, что *раздражительность* представляет собой особое, отдельное измерение среди эмоциональных нарушений, обладающее значительной стабильностью во времени и имеющее умеренную наследуемость. МРТ также демонстрирует изменения активации в миндалине, стриатуме, лобных областях у подростков с раздражительностью по сравнению со здоровыми добровольцами. Исследователи приходят к заключению о специфической связи раздражительности с тревогой и депрессией, объясняемой главным образом генетическими факторами. Одним из основных выводов выполненной работы является заключение о необходимости проведения дальнейших исследований раздражительности, дизайн которых будет учитывать современные находки по данной проблеме и включать в себя специально разработанные и чувствительные инструменты для измерения раздражительности (поскольку способность точно измерить любую характеристику уже служит предпосылкой к исследованию ее). В том числе целенаправленных исследований лечения этого эмоционального расстройства, поскольку к настоящему времени не существует никакого специально определенного лечения. Это особенно важно, учитывая большую распространенность раздражительности у детей и подростков

и ее связь с психическими расстройствами (тревогой и депрессией) в более позднем возрасте.

Среди отечественных работ последнего времени, указывающих на важность и перспективность изучения и учета состояний, протекающих с повышенной раздражительностью, следует выделить исследование М.А.Морозовой с соавт. (2017). Автор делает попытку описания феномена латентной дисфории, которая представляет собой вариант психоэмоционального расстройства, обладающий рядом особенностей. По ее мнению, это состояние характеризуется преобладанием в своей структуре переживаний раздражения, недовольства и напряжения, что отличает его от патологической тревоги и классических вариантов депрессии. Однако в данном случае внешние проявления раздражения и недовольства подавляются, отсутствуют агрессивные действия и вспышки гнева. Хронический характер негативных переживаний у таких пациентов, при подавлении их внешнего выражения, с точки зрения автора повышает риск соматизации. Исследователем показана связь латентной дисфории с, такими личностными особенностями, как: легкость возникновения негативных эмоций в сочетании с подавлением их выражения, недостаток внутренних ресурсов совладения с негативным эмоциональным опытом, трудности в поддержании неформальных межличностных отношений. Автор указывает, что «...в клинической практике врача-интерниста латентная дисфория в своих стертых формах встречается не менее часто, чем тревога и депрессия», а учитывая базовую роль латентной дисфории в патогенезе некоторых вариантов соматовегетативных нарушений «...именно она должна стать стратегической мишенью для терапии»..

Описание повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости было бы неполным без хотя бы краткого упоминания и других составляющих вектора агрессии - *гнева, враждебности, эксплозивности, собственно открытой агрессии, агрессивности*, как крайних проявлений ее выраженности.

*Гнев* по А. Бассу (1961) «эмоциональное состояние, имеющее побудительную силу». Согласно L. Berkowitz «гнев не имеет конкретной цели, это определенное эмоциональное состояние»: «Это состояние в значительной степени порождается внутренними физиологическими реакциями и непроизвольной эмоциональной экспрессией, обусловленной неблагоприятными событиями: моторными реакциями (сжатые кулаки), выражениями лица (расширенные ноздри и нахмуренные брови) и т.д. Гнев обычно только сопровождает побуждение к агрессивному поведению».

Отдельного упоминания заслуживает *враждебность*. По А. Buss (1961): «враждебность — длительное, устойчивое негативное отношение или система оценок, применяемая к окружающим людям, предметам, явлениям». По J. Varefoot (1989) это «антагонистическое отношение к людям, включающее когнитивный, аффективный и поведенческий компоненты». L. Berkowitz (1993) видит во враждебности «негативную установку к другому человеку или группе людей, которая находит свое выражение в крайне неблагоприятной оценке объекта («жертвы»). С.Н. Ениколопов (1994) определяет враждебность как «специфическую картину мира субъекта, в рамках которой внешним объектам приписываются негативные характеристики».

Как чрезмерную эмоциональную возбудимость с бурными вспышками аффектов, в особенности гнева, ярости, определяет *эксплозивность*, взрывчатость В.А.Жмуров (1986) в руководстве «Психопатология». По его мнению, эмоциональные разряды могут сопровождаться агрессией, направленной вовне или на самого себя. Одновременно снижается контроль поведения, характерна импульсивность. Эксплозивность он рассматривает как готовность к состояниям аффекта, включая патологический.

*Эксплозивность* понимается и как повышенная эмоциональная возбудимость, при которой легко, по незначительному поводу, возникает переживание досады, гнева, вплоть до ярости, с агрессивными поступками. Е. Краепелин (1904) описывает эксплозивность при эмоционально-волевых

расстройствах обусловленных патологией личности. По современным представлениям она является еще и одним из часто наблюдаемых симптомов при органических (травматических) поражениях головного мозга.

Единого определения *агрессии* на сегодняшний день не существует. Ф.С. Сафуанов (2003) пишет что «дать исчерпывающее определение всех существующих типов агрессии практически невозможно: любое из них будет неизбежно либо сужать, либо расширять границы понятия». А. Buss (1961) считает «агрессия — любое поведение, содержащее угрозу или приносящее вред другим». J. Dollard и N. Miller (1939) трактовали агрессию как «действие, целью которого является причинение ущерба другому организму (или заменителю организма)». R. Baron (1977) называл агрессией «любую форму поведения, нацеленную на оскорбление или причинение вреда другому живому существу, не желающего подобного обращения». L. Berkowitz (1993) определяет агрессию как «некоторый вид поведения ..., которое мотивировано намерением причинить вред кому-то другому». С.Н. Ениколопов (1994) рассматривает агрессию, как «целенаправленное, разрушительное, наступательное поведение, нарушающее нормы и правила сосуществования людей в обществе, наносящее вред объектам нападения (одушевленным и неодушевленным), причиняющее физический ущерб людям или вызывающее у них психологический дискомфорт (отрицательные переживания, состояния напряженности, страха, подавленности)». О.Ю. Михайлова (1995) считает агрессию одной из «стратегий активно-оборонительного поискового поведения, характеризующегося с одной стороны высоким уровнем активности субъекта, с другой наличием стеничных, чаще негативных, эмоций».

От агрессии и агрессивного поведения принято отличать «агрессивность — как свойство личности» (Соловьева С.Л., 1995). К.К. Платонов (1984): пишет: «Агрессивность — психическое явление, выражающееся в стремлении к насильственным действиям в межличностных отношениях, может проявляться как ситуативный кратковременный психический процесс или состояние, а также



может быть свойством личности или проявлением психического расстройства». Т.Б. Дмитриева и соавт. (1999) описывала агрессивность как «свойственную личности черту характера, особенность нрава субъекта, обусловленную биологически-конституциональными особенностями, имеющую во многом важное эволюционное значение и находящуюся под контролем сознания и морально-этических норм». «Агрессивность — это свойство личности, выражающееся в готовности к агрессивному восприятию и соответствующей интерпретации поведения других лиц» (Дмитриева Т.Б., Антонян Ю.М., Горинов В.В., Шостакович Б.В., 1999).

## **1.2. Особенности эмоциональных нарушений, сопровождающихся повышенной возбудимостью и раздражительностью при различных психических расстройствах.**

Клиническая психиатрия всегда уделяла большое внимание заболеваниям, протекавшим с эмоциональной возбудимостью, агрессивными проявлениями, враждебностью и антисоциальными проявлениями у психически больных (Гризингер В., 1875; Крафт-Эбинг Р.В., 1897; Сербский В.П., 1906; Сикорский И.А., 1910; Корсаков С.С. 1913; Литвинцева М.С., 1977; Гурьева В.А., Гиндикин О.Я., 1980,1999; Шостакович Б.В, 1997; Качаева М.А., 1983; Kay S.R., Wolkenfeld F. et al., 1988; Бутома Б.Г., 1992; Пиотровская В.Р., 1992; Незнанов Н.Г., 1994; Чеховская М.В., 1997; Горшков И.В., 1998; Васильева Н.В., 1999).

С развитием клинических знаний в поле зрения психиатрии оказались депрессивные состояния, при которых нередко отмечались агрессивные и враждебные проявления. Еще В.Гризингер (1875) отмечал, что некоторым «меланхоликам» присуще «настроение всеобщего отвращения и отрицания, нерасположение ко всему окружающему, которое часто достигает решительной ненависти» выделяя меланхолию с «разрушительными стремлениями, с различными насилиями, отчасти против самих себя (мономания самоубийства), отчасти против других лиц и безжизненных предметов». В последующем она была более конкретно сформулирована З.Фрейдом (Вилюнас В.К., 1976,1986).

Bleuler E. (1926) описал меланхолию с «патологической раздражительностью (krankhafte Reizbarkeit)» К. Изард (1980) отметил слиянии «гнева и печали». L. Berkowitz (1993) считал, что «практически любой вид негативного аффекта, любой тип неприятного чувства является основным подстрекателем эмоциональной агрессии». При этом возможность антисоциального поведения как «маски» депрессии отмечается также А.Б. (Смулевичем 2001), А.С. Тиганов (1999) также видел проявления аутоагрессии в суицидальном поведении.

Проблема остается актуальной, на что указывают, к примеру, исследования, описывающие высокий уровень агрессии при депрессии и, наряду с прямыми ее проявлениями, у больных наблюдаются раздражительность, подозрительность и негативизм (Драгунская Л.С., 1983, 1990; Ван Прааг Г.М., 1994, 1998; Куликов Л.В., 1997; Изард К.Э., 2000; Барденштейн Л.М. и др., 2002; Абрамова А.А., 2005; Nierenberg A.A. et. al., 1996; Bjork J.M. et. al., 1997; Braconnier et. al., 1997; Castrogiovanni et. al., 1998; Wolfersdorf et. al., 1998; Knox et. al., 2000).

Существует точка зрения, что агрессия (включающая в себя раздражительность, гнев, враждебность, дисфорию, злобу) в большинстве случаев направляется пациентом на себя (аутоагрессия) и включает в себя чувство вины, самоповреждения, самоистязания вплоть до суицидальных мыслей, действий и, наконец, совершившегося самоубийства (Mayo P.R., 1967; Blackburn, 1974; Schless et al., 1974; Biaggio, Godwin, 1987; Moore T.W, Paolillo J.G., 1984). Помимо этого больные нередко бывают раздражительны, обидчивы, вербально агрессивны, на основании чего некоторые исследователи делают вывод о наличии у них враждебных установок в адрес других, окружающих людей (Weissman et al., 1960; Weissman et al., 1971, 1973; Haines et al., 1995). Wolfersdorf, Kiefer (1998) анализируя ответы 50 депрессивных пациентов и 50 здоровых испытуемых по шкалам опросника Басса-Дарки, на общий уровень и различные проявления агрессивности, показали, что больные депрессией демонстрируют статистически достоверно более высокие показатели по шкалам «общая агрессия», «подозрительность», «раздражительность» и «негативизм».

Наличие у пациентов с депрессией агрессивных проявлений, вспышек гнева, злости, раздражительности способствовало выделению некоторыми клиницистами «дисфорической депрессии» (Тиганов А.С.,1997), относя ее к одному из основных синдромальных типов.

Следует указать, что термин «дисфория» первоначально использовался для определения приступов злобности и раздражительности у больных эпилепсией, но с течением времени стал применяться более широко. К дисфориям стали относить раздражительность, возникавшую при органических заболеваниях мозга, эндогенных депрессиях, в рамках предменструального синдрома, в состоянии абстиненции при наркомании. Дисфория, по мнению М.Н. Жарикова (1985), это «крайняя раздражительность, недовольство, особое внутреннее напряжение, неприязненное тоскливо-злобное настроение, выраженная гиперестезия».

Дисфорические включения описаны у больных депрессией с органической недостаточностью ЦНС (Саленко Б.Б., 1980), паркинсонизмом, в отдаленном периоде черепно-мозговой травмы (Гуревич М.О., 1928; Корнилов А.А., 1982; Yang C.C., Hua M.S., Lin W.C., Tsai Y.H., Huang S.J.,2012), гипертонической болезнью (Матвеев А.В., 1984; Лессер А.Г., 1989), эндокринными заболеваниями (Смулевич А.Б.,2001). По мнению В.Н. Синицина (1984), среди депрессивных расстройств у лиц с соматическими заболеваниями может быть выделено несколько типов: тревожная депрессия с гиперестезией и эксплозивностью (с раздражительностью, конфликтностью, непереносимостью боли) и депрессия с преобладанием тоскливого аффекта и дисфорическими включениями (тоскливый аффект сочетался с чувством внутренней напряженности, недовольства окружающими, злобностью, идеи малоценности сочетались с идеями обвинения окружающих).

В последующем фокус научных исследований смещался от более тяжелых эмоциональных расстройств (агрессии, выраженных враждебных проявлений и

негативизма) к менее тяжелым (повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости, гневливости).

В ряде исследований авторы утверждают о связи депрессии и не столь тяжелых, как агрессия, эмоциональных нарушений – обычно повышенной раздражительности, гневливости, взрывчатости. В частности, Б. Ауё (1980) пишет, что «трое из четверых депрессивных больных жалуются на повышенную раздражительность». Одним из частых мотивов обращения к психиатру у таких больных является то, что они испытывают постоянную готовность «взорваться» и сами страшатся этого. В качестве основной причины повышенной раздражительности автор приводит ощущение больными своей собственной измененности, неполноценности, снижение работоспособности. Ю.Л. Нуллер (1981) нередко видел у депрессивных пациентов сочетание тоски, тревоги и аффекта гнева и раздражительность. А.С. Бобров (2001) регистрировал повышенную раздражительность, вплоть до агрессивности у 73,3% больных с депрессией. По его мнению, именно повышенная раздражительность и была поводом для обращения за помощью к психиатрам.

Существует мнение, что наличие в преморбиде депрессии тех или иных выраженных личностных черт (чаще истерических), либо пограничного личностного расстройства сопровождается проявлениями гневливости, раздражительностью, враждебностью, высоким уровнем агрессии (Ганнушкин П.Б., 1933; Снежневский А.В., 1983; Snaith R.P., Taylor C.M., 1985; Coccaro E.F., 1989; D. Simeon, B. Stanley, 1992; Sullivan P.F., Joyce P.R., 1994; Paul H.S., Kevin G.L., 2000).

Депрессия - часто встречающееся расстройство и составная часть психопатологических нарушений при посттравматическом стрессовом расстройстве. Так же нередко при этом заболевании одновременно наблюдается повышенная раздражительность, негативизм, протестные реакции (Дмитриева Т.Б. и др., 2002).

Анализ литературы последнего десятилетия свидетельствует о неослабевающем интересе исследователей к рассматриваемой проблеме взаимоотношения депрессии и тех или иных проявлений повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости, нередко с попытками идентифицировать те или иные генетические, либо иные биологические маркеры таких состояний.

Попытки обнаружить предполагаемый биологический субстрат агрессивности делались еще Г.М. Ван Праагом (1994,1998). Автор указывал на нарушение обмена серотонина, оцениваемое по снижению в спинномозговой жидкости содержания его основного метаболита - 5-гидроксииндолуксусной кислоты, и снижение функции постсинаптических серотониновых рецепторов, а также на связь уровней тестостерона и агрессивности у исследуемых.

Подтип депрессии с враждебностью, раздражительностью, периодическими приступами гнева – «гневливыми атаками» выделял Д. Арана и соавт. (2004). Им были получены дополнительные данные о снижении серотонинэргической активности у этой категории больных, по сравнению с пациентами без приступов ярости, подтверждающие предположение некоторых исследователей о том, что серотонинэргическая система, по-видимому, контролирует уровень тревоги, агрессивности и импульсивности. Нарушения в этой системе, в свою очередь, приводят у больных депрессией к усилению тревожного компонента депрессии и агрессивного поведения, направленного как «вовне», так и «на себя». Эти результаты, как считает автор, указывают на наличие взаимосвязи между агрессией и суицидальным поведением, а также на значение в патогенезе обоих видов поведения нарушений метаболизма серотонинэргической системы.

Другими исследователями большее внимание уделяется клиническим особенностям депрессивных состояний. Так в работах, посвященных депрессии существуют указания на заметное участие имеющейся у пациентов повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости в клинической картины болезни, часто в форме приступов гнева, обычно у мужчин (Winkler D. et al.,

2005). В похожем исследовании они происходили с яркими вегетативными симптомами, сопровождались тревожностью, раздражительностью по незначительным поводам, более тяжелым течением болезни и тенденцией к суицидальному поведению, по сравнению с пациентами без таких приступов (Painuly N. et al.,2011).

Мультицентровое исследование (Judd L.L,et al.,2013), проведенное у 536 пациентов с большим монополярным депрессивным расстройством, выявило присутствие повышенной раздражительности и гневливости в 54,5% случаев. При этом течение болезни было более тяжелым, затяжным, со значительным весом тревожности, чаще приводило к алкоголизации, снижению социального уровня. Что приводило к сложностям в лечении.

R.H.Perlis et al. (2005, 2009) на большом контингенте амбулаторных пациентов с монополярной депрессией обнаружил проявления повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости у 40% больных. Нередкими находками в этой группе были сосудистые заболевания. У этих пациентов (чаще это были женщины) депрессия протекала более тяжело, сочеталась с тревогой, суицидальными мыслями и попытками в прошлом, предопределяя повышенное внимание к лечению. Утверждается, что хотя повышенная раздражительность и эмоциональная возбудимость не входят в перечень симптомов DSM-IV они являются общей чертой большого депрессивного расстройства.

J. Guidi et al. (2011) выявили среди пациентов с большим депрессивным расстройством два кластера – с соматизацией синдрома и тревожно-раздражительный (составивший 41,4 % наблюдений).

J. Masmoudi et al. (2010) указывает на возбудимый эмоциональный темперамент, как на один из факторов риска для послеродовой депрессии, взаимодействующий с социальными и семейными факторами.

Интересны исследования, выполненные у студентов и подростков в целом свидетельствующие о сочетании симптомов повышенной раздражительности и

депрессии (Fava M. et al., 2010). Авторы настаивают на включении повышенной возбудимости и раздражительности в DSM-V и ICD -11 в качестве недиагностических симптомов большого депрессивного расстройства. В других наблюдениях (Guerreiro D. et al., 2013) такое сочетание симптомов рассматривалось как возможный маркер тенденции к самоповреждению. P. Pedrelli et al. (2013) обнаружил у студентов более тяжелое течение имевшихся депрессивных проявлений при сочетании их с возбудимостью и раздражительностью. Причем у женщин они чаще сопровождались тревогой, у мужчин – склонностью к злоупотреблению алкоголем и наркотиками.

A. Stringaris et al. (2009) выявил проявления возбудимости, повышенной раздражительности в подростковом периоде, предсказывающие большое депрессивное расстройство в последующей взрослой жизни. Попытка автора (Stringaris A. et al., 2012) обнаружить фенотипические ассоциации и генетические связи с депрессией у подростков с эмоциональной возбудимостью, раздражительностью подтвердила фенотипические связи раздражительности и депрессии, а также то, что гены с общими эффектами лежат в основе этих связей. Сходные результаты упоминаются и в работе Vida- P. Ribas, M.A. Brotman et al. (2016).

B. Birmaher et al. (2013) расценил раздражительность у детей пациентов с биполярным расстройством, как продромальный фенотип этого заболевания, позволяющий начать раннее адекватное лечение.

Присутствие симптомов раздражительности, эмоциональной возбудимости одновременно с сомато-вегетативными нарушениями, соматалгией, дневной сонливостью и рядом характеристик депрессии может помочь дифференцировать биполярное расстройство (Gan Z. et al., 2011).

В значительной части исследований находятся подтверждения тому, что раздражительность и эмоциональная возбудимость, (в том числе и как темпераментальные характеристики) могут свидетельствовать о наличии у пациентов с биполярным расстройством смешанного состояния, с

соответствующим утяжелением течения биполярного расстройства и иными подходами к лечению (Benazzi F et al., 2005, 2006; Cassano G., 2012; Henry C. et al., 2012; Judd L. et al., 2012; Iasevoli F. et al., 2013). Отмечена и необходимость в активной и ранней профилактике суицидов у таких больных (Azorin J. et al., 2012). T. Sato et al. (2005) считает, что фактор раздражительности, агрессивности, особенно в сочетании с гипертимией, являются определяющими в клинике смешанного аффективного состояния. Тревога, по его мнению, не играет такой роли в клиническом оформлении смешанных депрессий при биполярном расстройстве.

Присутствие в клинике маниакального эпизода раздражительности, повышенной двигательной активности, агрессивного поведения позволило R. Hanwella, V.A. de Silva (2011) выделить особый вариант – «раздраженная мания», наряду с «приподнятой манией» и «психотической манией». S. Brand et al. (2011) в доклинической выборке студентов определили гипоманиакальные симптомы у 19%, причем у 42,4% из них присутствовали раздражительность, нарушения сна, невыраженные депрессивные проявления, соматические жалобы.

Делались попытки объяснить сочетание симптомов мании, раздражительности, дисфорических проявлений высоким уровнем кортизола в плазме при биполярном расстройством, что, по мнению исследователя, свидетельствует о стресс-чувствительности больных (L. Valiengo L. et al., 2012), низким уровнем прогестерона в плазме у мужчин (Johansson A. et al., 2011) и, в конечном итоге, определенным своеобразием в геноме (Nurnberger J. et al., 2013).

Наличие признаков раздражительности, эмоциональной сверхчувствительности, нарушений сна может быть ранним предиктором посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) у пострадавших (Кекелидзе З.И., 2001; Литвинцев, С.В., 1994), у медицинского персонала экстренной помощи (Halpern J., et al., 2011), у военнослужащих после пребывания в горячих точках (Литвинцев, С.В. с соавт., 2005; Шамрей В.К. с соавт., 2009, 2011; Ferrier-Auerbach A. et al., 2010), либо обуславливать особенности его клиники на



отдаленных этапах расстройства у ветеранов (Шамрей В.К. с соавт.,2011; Carlson E. et all.,2008) и отчасти пересекаться с симптомами травматического поражения мозга в случае сочетанного заболевания (Maguen S. et all.,2008).

Симптомы повышенной эмоциональной возбудимости, раздражительность, с одновременным снижением качества жизни обнаруживаются и при различных психосоматических расстройствах (Zboralski K. et all.,2008; Kovács Z. et all.,2010, Klus M. et all.,2013), нарушениях пищевого поведения у подростков с высоким уровнем тревоги и чувством вины (Silva A.,2007), атопическом дерматите (как последствии психогений) – четко обозначая обострение и ремиссию (Seiffert K. et all.,2005). Чрезмерная эмоциональная возбудимость, как преморбидная характеристика, обнаруживается у молодых людей с нарушениями сна, ранее перенесших психогению и страдающих нарушениями сна (Fernández-Mendoza J. et all.,2010).

### **1.3. Клинико-психофизиологические показатели эмоциональных расстройств**

Понимание современного состояния проблемы оценки психофизиологических показателей эмоциональных расстройств, прежде всего, требует более ясного представления об объекте исследования и круге задач, решаемых психофизиологией. В частности, в своей работе «Введение в психофизиологию» Дж. Хэссет (1981) пишет «Психофизиология изучает физиологические процессы у человека при различных психологических состояниях...». Психофизиология в перспективе есть «...стратегия исследования поведения и внутреннего мира человека. Ее предмет- предмет всей психологии. Психофизиолог надеется прийти к новому пониманию старых проблем, рассматривая человека как биологическое существо, каким он и является ... ее проблемы стары, как мысль того первого человека, который задумался над вопросом относительно другого человека: «О чем он думает?» или «Почему он поступает так?». Однако далее автор конкретизирует «...психофизиология изучает биологию человека, чтобы способствовать пониманию поведения человека и его переживаний. Ее сила в том же, в чем и ее слабость, а именно в

том, что это попытка исследовать поведение человека во всей его сложности...», «...в некотором смысле психофизиология — это изучение мозга...», «...эта наука находится в младенческом возрасте и еще только начинает разрабатывать нужные ей методы. Ее будущее теснейшим образом связано с методическим и техническим прогрессом...». Психофизиология будущего, по словам Джеймса Хассэта, « ... по-прежнему должна будет изучать психобиологию функций человека, как можно меньше вмешиваясь в них», а психофизиолог, как ученый «...должен искать ответ на любой вопрос, который возникнет в его уме, с помощью любых методов, какие только сможет предложить его изобретательность...». Исследователь акцентирует внимание на том, что «...большая часть психофизиологов интересовалась в первую очередь общими законами, которые были бы равным образом применимы ко всем человеческим существам. Определенный комплекс физиологических реакций, характерный для данного состояния, нередко называют «стереотипом реакции». Так, различие между яростью и страхом, проводимое Эксом (Ах, 1953), и различие между сенсорным вниманием и сенсорным неприятием (Lacey J., 1959) — это примеры различения определенных стереотипов реакций. Но лишь отдельные исследователи обращали внимание на противоположное - на то, что реакция одного испытуемого отличается от реакции другого...». В качестве примера автор приводит попытку М.А.Wenger (1966) найти стабильные показатели вегетативного баланса. Напротив, R.B.Malmo, C.Shagass (1949) провели серию классических экспериментов, посвященных проблеме индивидуальных различий. Они исследовали стрессовые реакции у двух групп психически больных: у одних были сердечно-сосудистые симптомы, а у других длительные боли в области головы и шеи. Как и ожидалось, у сердечно-сосудистых больных при стрессе выявлялись значительные изменения ритма сердца и артериального давления, тогда как у второй группы в тех же ситуациях отмечалось большее напряжение мышц. Lacey J. et al. (1953) дополнили это исследование, проведя его и на здоровых людях. Оказалось, что у некоторых людей реакция одной из физиологических систем как будто бы выражена сильнее, чем реакция другой,

независимо от типа стресса. В серии работ, которые до сих пор являются образцом математической сложности, В.Т. Engel (1960) показал, каким образом могут сосуществовать стереотипы реакции и стереотипы индивидуума. По его мнению, структура комплекса физиологических реакций на данную ситуацию одновременно зависит от ситуации и от индивидуальности человека, другими словами, индивидуальность испытуемого столь же важна, как и условия эксперимента.

К традиционным методам психофизиологии ранее относились полиграфический, измерение активности потовых желез, электромиографический, электроэнцефалографический, регистрация АД, частоты пульса. В последующем, по мере прогресса биологических наук, к ним прибавились: термоплетизмографический, метод резонансной и позитронно-эмиссионной томографии и целый ряд других.

Исследование психики человека в большинстве случаев строилось на представлениях о мозге, как о ведущем органе и том, что «каждый человек, в конечном счете, это его мозг». Для каждой жизненной ситуации мозг формирует некоторый уникальный комплекс физиологических реакций, интерпретация которых наименее понятна для исследователей, равно как и тонкости электрической активности.

Однако не всегда эти представления были такими. Одним из первых, в 19 веке, о функциях мозга говорил Галль, провозгласив, что мозг человека состоит из двадцати семи отдельных органов, каждый из которых ответствен за одну из наших основных способностей. Далее он утверждал, что, исследовав распределение шишек на черепе, можно видеть, насколько хорошо развит каждый из этих органов, и таким образом предсказать черты личности данного человека – тем самым заложив основы френологии, в настоящее время отвергнутой. Однако его мысли о локализации функций в мозгу получили дальнейшее развитие. В частности Р. Кэйтон (1875) впервые зарегистрировал электрическую активность мозга животного в ответ на раздражение и в фоне. Он, как и Галль, стремился

доказать, что разные отделы мозга выполняют различные функции. Сходные наблюдения на человеке осуществлены лишь в 20 веке Х.Бергером (1929), зарегистрировавшим с поверхности черепа «мозговые волны» и подтвердившим их принадлежность мозгу во время нейрохирургических операций. Он же впервые установил связь «мозговых волн» с эмоциональным состоянием испытуемых, описав волны покоя - «альфа-волны» и «бета-волны», присущие активному состоянию. Сами же «мозговые волны» стали общепризнанным фактом только лишь после демонстрации их записи Эдрианом и Мэттьюзом на заседании Английского физиологического общества в 1935 году. В этом же году были подтверждены ЭЭГ-корреляты эпилепсии (Gibbs et al., 1935), а в 1936 Уолтером открыты медленные ЭЭГ-волны регистрируемые в проекции опухоли мозга на свод черепа. В последующем были выявлены и другие частотные диапазоны «мозговых волн» - дельта- и тета-волны.

Позднейшие исследователи показали, что ЭЭГ качественно отличается от открытых ранее более простых показателей активности вегетативной нервной системы и ЭКГ. Исследования коррелятов между «душой и телом», поиски однозначных электроэнцефалографических связей интеллекта, особенностей личности, поведения и т.п. в большей своей части оказались разочаровывающими, что заставило Джаспера утверждать: «Попытки установить соответствие между особенностями ЭЭГ и столь же туманными психологическими процессами, такими, как „внимание“, „сознание“, „мышление“ и разного рода сложные атрибуты „личности“...могут только усугубить путаницу, существующую сейчас в психологической терминологии...» (Jasper, 1937), а Маргерисона говорить: «Мы подобны слепым, пытающимся понять работу фабрики, прислушиваясь снаружи к ее шуму» (Margerison et al., 1967).

Дальнейшие исследования электрической активности разных областей коры обнаружили в каждой из них ритмы всех диапазонов, но однозначных коррелятов с психофизиологическими функциями получено не было.

Альфа-ритм (частота 8-13 Гц) описывался, как генетически обусловленный и высоко индивидуализированный, отражающий состояние спокойного бодрствования с закрытыми глазами, обычно наиболее представленный в затылочных отделах мозга. Альфа-активность угнетается при умственной деятельности, ориентировочной реакции или фармакологическом возбуждающем воздействии на ЦНС (Коган В.Н., 1983; Яковенко И.А., Черемушкин Е.А., 1996). Некоторыми исследователями было обнаружено, его подавление при эмоциональных переживаниях (Коган В.Н., 1983) и его смена на дельта-ритм по мере развития стрессовой реакции. Другими установлена специфичность отражения различных эмоций в мощности альфа-ритма в исследовании частотных характеристик спектров ЭЭГ при воображении испытуемым различных эмоций: при «страхе» и «горе» происходит подавление альфа-ритма, а при «радости» и «гневе» - возрастание (Костюнина Н.Б., Куликов В.Г., 1995).

Для бета-ритма (частота 18-30 Гц) было установлено усиление при различных видах деятельности, связанных с активацией рабочих механизмов мозга, а в некоторых работах - наиболее сильное увеличение мощности бета-ритма при стрессе (Ильюченко И.Р., 1996). В других исследованиях выявлено, что некоторые особенно интенсивные эмоции - отвращение и страх - вызывают соответственно десинхронизацию в полосе альфа-2 (10-12 Гц) и бета-1 (12-18 Гц) ритмики и изолированно бета-1 ритмики в височно-теменных областях правого полушария, как неспецифическую активацию при эмоциональной реакции (Aftanas L.I., 2006). Зафиксировано усиление бета-активности при предъявлении больным объекта фобии (Gemignani A. et al., 2000).

Тета-ритм (частота 4-7 Гц) остается одним из наиболее дискуссионных в нейрофизиологии. Он особенным образом связан с процессом запоминания, так как одной из структур, генерирующих тета-ритм, является гиппокамп, участвующий в процессе формирования следов долговременной памяти и где он имеет максимальную амплитуду и выраженность (Бодунов М.В., 1984). Что выражает тета-активность, с какими состояниями она связана, остаются

вопросами без однозначных ответов. По мнению некоторых авторов, тета- ритм гиппокампа - показатель эмоционального либо мотивационного состояния. П.К. Анохин считал тета-ритм ритмом «напряжения». По другим сведениям, (Николаев А.Р., и др., 1996) рост тета-ритма происходит при общем напряжении при решении мыслительных задач.

Дельта-ритм (0,5-4 Гц) оказался характерен для тормозных состояний коры и опухолей мозга. По другим представлениям он может быть показателем стрессового состояния: решение сложных интеллектуальных задач сопровождается преобладанием широко распространенного по коре диффузного дельта-ритма (Яковенко И.А., Черемушкин Е.А., 1996).

Гамма-ритм (30-90 Гц) продемонстрировал определенную чувствительность к эмоциональным реакциям. Было найдено асимметричное изменение в гамма-ритме при предъявлении положительной, отрицательной и нейтральной эмоциогенной стимуляции (Muller M.M., 1999). Мощность гамма-ритма была максимальной в теменных отведениях при отрицательной стимуляции, при эмоционально положительной стимуляции происходило усиление гамма-активности в правых отведениях. Отмечено усиление гамма-ритма в лобных отведениях при эмоциональной стимуляции безотносительно знака. Вместе с тем, гамма-ритм в большей степени связывают с произвольной когнитивной деятельностью, в частности была показано связь частоты и мощности гамма-ритма с эмоциональным интеллектом (Jausovec N.; Jausovec K., 2005). Выявлено его нарастание в левой лобной доле при предъявлении пациентам объекта фобии (Gemignani A. et al., 2000), что может объясняться общим изменением уровня активации, с дополнительным участием таламуса.

Приведенные работы показывают, что эмоциональные реакции, состояния тревожности, напряженности и стресса находят свое отражение во всем частотном диапазоне ЭЭГ. По мнению М.Н. Русаловой (1987,1988), можно говорить об определенных паттернах ритмики ЭЭГ, специфичных для различных эмоций.

Предпринимавшиеся рядом исследователей попытки найти физиологические отклонения у людей с психическими аномалиями, начатые как исследования электроэнцефалографических коррелятов различных психозов, алкоголизма, преступности и т.п., страдающие от отсутствия точности в физиологическом подходе и при описании изменений поведения, демонстрировали и демонстрируют отсутствие общности мнений относительно связи между психическими отклонениями и «необработанной» ЭЭГ.

Последовавшие попытки повысить достоверность результатов ЭЭГ-исследований с помощью амплитудного, частотного, а затем и пространственного анализа представляли собой шаг в направлении большей точности, однако и до настоящего времени не всегда удовлетворяют психофизиологов. Тем не менее, ЭЭГ остается наиболее перспективным, но пока наименее расшифрованным источником данных. Большинство исследований ЭЭГ связано с анализом ее спонтанных ритмов, дополненного методом усреднения вызванных потенциалов (УВП) и отрицательного отклонения медленного потенциала (ОМП). Перспективен и подход к пространственной психологической интерпретации картин ЭЭГ, получаемых при записи многоканальной (до 256 отведений) ЭЭГ. Предполагается, что он окажет помощь в понимании организации мозга, особенностей эмоционального реагирования и поведения.

Психофизиологические исследования при невротических расстройствах привели к пониманию необходимости объединения физиологических и психологических сторон в изучении их патогенеза.

Как известно, в основе неврозов лежат именно психологические конфликты, приводящие к ярко выраженным эмоциональным переживаниям травмирующих ситуаций - эмоциональному стрессу (Selye Н.,1936). Психологический конфликт опосредованно, через первичные изменения в эмоциональной сфере, приводит к функциональным сдвигам в различных системах организма, нарушениям в интегративных системах мозга. Эмоциональные нарушения сопровождаются извращением химической чувствительности нейронов головного мозга к

биологически активным веществам, в частности, нейропептидам. Отрицательные эмоции при этом способствуют развитию застойного стационарного эмоционального возбуждения, постоянной активации мозговых структур и различных сомато-вегетативных и нейро-гуморальных процессов, оказывая дизрегулирующие эффекты и в ряде случаев приводя к невротическим расстройствам.

Еще одной базовой теорией в дальнейшем развитии психофизиологического направления в исследовании невротических расстройств было учение И.П. Павлова (1952-1954, 1954-1957), считавшего неврозы проявлением срыва ВНД в основе которого могут лежать перенапряжение основных нервных процессов, их подвижности, изменение силы безусловного раздражителя, перенапряжение тормозного процесса при встрече или борьбе длительно задержавшихся и взаимно стабилизирующих друг друга раздражителей. Представления И.П. Павлова и его последователей легли в основу теории экспериментальных неврозов и способствовали развитию физиологического направления исследований невротических состояний у человека (Давиденков С.Н., 1963; Анохин П.К., 1975; Липгарт Н.К., 1981,1982).

Углубленное изучение невротических нарушений позволило обнаружить церебральную неполноценность у ряда больных и даже предложить неврологическую классификацию неврозов, свидетельствующую о наличии переходных форм между неврозами и неврозоподобными состояниями (Вейн А.М., 1982) и включающую: неврозы без признаков поражения мозга; неврозы, возникающие на фоне резидуальных поражений мозга; неврозы и невротические синдромы, сочетающиеся с текущим органическим заболеванием мозга; псевдоневрозы, возникающие в результате органического поражения мозга. Дополнительно были установлены две характерные особенности функционирования мозга и регулируемых им систем: повышенная активация мозговых структур и нарушение интегративной деятельности мозга, в первую очередь, лимбико-ретикулярного комплекса (Айрапетянц А.Г., Вейн А.М., 1982).



Эта гипотеза была подтверждена рядом других исследований, рассматривавших дезинтеграцию деятельности мозга в качестве одного из ведущих патофизиологических механизмов невроза (Судаков К.В., 1971; Вейн А.М., Родштат И.В., 1974; Ведяев Ф.П., 1975; Lader M., 1975; Юматов Е.А., 1986; Аллахвердиев А.Р., 1988; Моллазаде А.Н., 1990; Парняков А.В., 1992; Вейн А.М. и соавт., 1995).

В последующем, ведущее место среди психофизиологических исследований при невротических расстройствах по праву принадлежало работам по электроэнцефалографии, позволившей решать такие вопросы, как соотношение коры и подкорковых структур, коры и ретикулярной формации. Поисковые исследования на начальном этапе выявили лишь незначительное снижение альфа-индекса (Happenstill M.E. et al., 1945), повышение высокочастотной активности (Adams A.M.D., 1959), сочетающейся по другим данным с острыми волнами и пиками (Гаврилова Н.А., 1956; Жирмунская Е.А. и соавт., 1958). В последние десятилетия был установлен ряд характерных для всех больных неврозами особенностей биоэлектрической активности коры головного мозга: неустойчивость и нерегулярность корковой ритмики (Жирмунская Е.А. и соавт., 1958; Бобкова В.В., 1971; Вейн А.М., 1973; Вейн А.М., Родштат И.В., 1974; Мягер В.К., 1976; Харитонов Л.Б., 1996); атипичная выраженность альфа-активности и усиление медленной активности в передних отделах коры (Мягер В.К., 1976; Козлова Т.А., 1979; Семке В.Я. и соавт., 1982); наличие многочисленных острых колебаний и альфа-подобных выбросов, полиморфных медленных волн, а также различных ЭЭГ реакций на перво- и второсигнальные раздражители (Бобкова В.В., 1971; Вейн А.М., 1973; Мягер В.К., 1976; Асатиани Н.М., 1985; Слезин В.Б. и соавт., 1994).

Появились и данные о различиях в электрической активности головного мозга при различных клинических вариантах невротических расстройств.

Установлено, что у больных невротическими расстройствами встречаются первые 4 из 5 типов ЭЭГ, по классификации Е.А. Жирмунской (1984), а также

большая частота краевых вариантов ЭЭГ - десинхронизированной, дезорганизованной, гиперсинхронной. Предположительно, ряд особенностей ЭЭГ при неврозах обусловлен индивидуально-типологическими характеристиками больных. У пациентов с гиперстеническими чертами личности чаще встречается ЭЭГ с альфа-ритмом средней амплитуды, а гиперсинхронные ЭЭГ - у больных с гипостеническими чертами. У этих же групп больных отмечено различие клинических и ЭЭГ-эффектов при действии транквилизаторов (Александровский Ю.А. с соавт., 1989). Изучение частотно-амплитудной структуры ЭЭГ при психопатиях показало, что у возбудимых больных она содержит условия для возникновения и распространения по коре возбуждения, для взрыва коркового возбуждения при раздражении. К ним относятся гиперсинхронизация ритмики, способствующая иррадиации нервных процессов, и ускорение альфа- и бета-ритма, свидетельствующее о повышенном уровне возбудимости коры. У тормозимых психопатических личностей ЭЭГ характеризуется признаками активации (десинхронизации) и снижением возбудимости коры. Их сочетание способствует возникновению застойных очагов возбуждения. ЭЭГ при истерии включает в себя особенности обоих паттернов, что приводит к быстрому возникновению, иррадиации, но и быстрому угасанию очагов возбуждения в коре.

Снижение реактивности ЭЭГ у больных с невротическими расстройствами было выявлено в ответ на болевое и тактильное раздражение (Чугунов С.А., 1956), световое воздействие (Гаврилова Н.А., 1970; Бобкова В.В., 1980), а при психастении - на воздействие значимых слов (Яковлева Е.К., 1958; Пеймер И.А. и соавт., 1954).

Тревожность как личностная черта, отрицательно коррелирует с выраженностью альфа-ритма, максимально проявляясь у лиц со слабо выраженным альфа-ритмом (Калашникова И.Г., Сорокина Н.Д., 1995).

На связь ЭЭГ с клинической формой невроза указывает Б.Д. Карвасарский (1990). По мнению других авторов, ЭЭГ с редуцированным низкоамплитудным

альфа-ритмом чаще встречается у тревожных пациентов с паническими расстройствами и генерализованной тревогой (Вейн А.М. и др., 1971, 1997; Куликовский В.В., 1980; Моллазаде А.Н., 1990; Enoch M.A. et al., 1995). По другим данным, выявляется усиление медленноволновой активности у больных с паническими расстройствами во время приступа тревоги или в межприступном периоде (Knott V.J., 1990). Ряд авторов изменения типа десинхронизации ЭЭГ считают достаточно характерными вообще для тревожных расстройств (Fink M. et al., 1969; Horvath T., 1980). У пациентов с истерией прослеживается синхронизированный, распространенный на передние области коры альфа-ритма, а у больных с вегетативными расстройствами - тета-активность и генерализованные медленноволновые или альфа-вспышки в центральных областях коры.

По данным Б.Д. Карвасарского (1980), при истерии отмечалось отчетливое преобладание альфа-ритма и билатерально-синхронные вспышки альфа-активности в передних областях головного мозга, при неврозе навязчивых состояний - выраженность быстрых ритмов и вспышки медленной активности, тогда как для неврастения было характерно преобладание медленных волн, нерегулярность и недостаточность выраженности альфа-ритма.

Сопоставление альфа-индекса у больных с гиперкинезами невротической природы позволило выявить его наибольшую реактивность в группе с полиморфными двигательными расстройствами при истерии и наименьшую при невротических тиках (Голубев В.Л. с соавт., 1980). Замечено, что при истерии с двигательными расстройствами развиваются сдвиги в ЭЭГ в сторону синхронизации, а при вегетативных нарушениях - в сторону активации (Евстратов И.В., Биниауришвили Р.Г., 1981).

По мнению Gracia M., Medinal J., (1984), наиболее значительные изменения ЭЭГ отмечены при неврозе навязчивых состояний, обычно в виде увеличения мощности медленных ритмов и усиления альфа/бета, тета/бета-индексов.

В работах Б.В. Бобковой (1970, 1971) выявлена зависимость локализации изменений ЭЭГ от формы невроза. Наибольшие изменения отмечены в лобных областях при неврозе навязчивых состояний, в височных и теменных - при истерии. При неврастении изменения минимально выражены.

В работе Н.В. Васильчиковой (2003), изучавшей клинические варианты таких психовегетативных синдромов, как панические атаки, было показано, что при их сочетании с агорафобией отмечалась десинхронизация ЭЭГ, усиление влияния мезэнцефалической ретикулярной формации (в виде преобладания быстрых ритмов). В то время как у пациентов без агорафобии наблюдалась дезинтеграция активирующих систем, недостаточность активирующих влияний мезэнцефалической ретикулярной формации на кору при компенсаторном усилении септо-гиппокампальных влияний.

Т.Г. Вознесенская (1990) обнаружила у пациентов с истинной анорексией и тревожно-фобическими расстройствами характерную неспецифическую мозговую активацию, с дезинтеграцией нейрофизиологических систем в период стресса и состояния тревоги. При булимической форме нервной анорексии автором показана избыточная представленность мощности альфа- и тета-ритма левого полушария, что коррелирует с выраженными демонстративными проявлениями, высоким порогом фрустрации, экстравертированностью, повышением пищевой мотивации.

Е.В.Корабельниковой (2003) подробно описаны изменения электрофизиологической организации работы мозга, характерные для больных с невротическими расстройствами, проявляющееся в недостаточности таламо-кортикальных синхронизирующих систем, что способствует избыточному активирующему влиянию ретикулярной формации на кору, реализующемуся по экстраталамическим — ретикуло- кортикальным и септо-гиппокампальным путям активации. У таких пациентов определяющим в электрофизиологической организации мозга становится тета-ритм, являющийся маркером избыточной эмоционально-вегетативной активации, прямо коррелирующий с уровнем

акцентуации личности, глубиной невротического состояния и обратно коррелирующий с эффективностью терапии. Другим ЭЭГ-параметром, связанным с личностными характеристиками пациентов с невротическими нарушениями, являлся бета-ритм, достоверно преобладавший в лобных отделах обоих полушарий, который принято рассматривать как проявление избыточной незрелой мозговой активации в виде прямых ретикуло-кортикальных влияний на кору больших полушарий и коррелировавший с уровнем тревожности.

В исследовании В.Г. Рагозинской (2010) нейрофизиологических коррелятов эмоциональных состояний психосоматических пациентов, в сравнении со здоровыми лицами, анализировались данные спектрального и когерентного анализа ЭЭГ. При этом ЭЭГ психосоматических пациентов значительно отличалась от ЭЭГ здоровых испытуемых снижением средних значений спектральной мощности ЭЭГ в медленно-волновом диапазоне и повышением в бета-диапазоне и изменением характера их топографического распределения. Одновременно автором были выделены 2 фактора по результатам клинко-психологических тестов пациентов и здоровых испытуемых: фактор тревожно-депрессивного состояния и фактор агрессивности, составляющих основу комплекса различных клинко-психологических проявлений, определяющих общие тенденции в формировании тех или иных значений по ряду многочисленных показателей психоэмоционального состояния. При этом установлено, что повышение уровня тревожно-депрессивного состояния (Фактор 1) у больных психосоматическими заболеваниями независимо от нозологической принадлежности сопровождается снижением показателей мощности в бета1-диапазоне в правой затылочной области, повышением показателей мощности в тета-диапазоне в левой префронтальной области и повышением показателей мощности в гамма-диапазоне в билатеральных височных областях. Кроме того, оно сочеталось с повышением показателей когерентности в бета1- и бета2-диапазоне в височно-теменной области правого полушария, в дельта-диапазоне – между височно-теменными отделами левого полушария и передними и теменными отделами

правого полушария, между лобными и теменными отделами правого полушария, между височными и затылочными зонами правого полушария. В свою очередь, умеренное повышение уровня агрессивности (Фактор 2), также независимо от нозологической принадлежности, сопровождается снижением показателей мощности тета-диапазона в билатеральных префронтальных и затылочных отделах и повышением показателей когерентности в гамма-диапазоне в височно-теменно-затылочных отделах правого полушария.

Особый интерес представляют исследования асимметрии мощности ЭЭГ в определенных частотных диапазонах. Так, Русалова М.Н. и Костюнина М.Б. (Rusalova M.N., Kostyunina M.B., 1999), изучая дельта-ритм при переживании различных эмоций, связали его мощность с активностью (стеничностью) эмоции. Увеличение в ЭЭГ медленных волн при отрицательных эмоциях начинается в левом полушарии: в височных отделах (злость), а потом распространяется на другие отделы (страх) и покрывает всю кору. Положительные эмоции характеризуются понижением амплитуды медленноволновой активности и повышением быстроволновой активности в обоих полушариях. Примечательно, что схожие паттерны ЭЭГ выделяются у людей с предрасположенностью к суицидному поведению. Для больных, совершивших суицид, характерно увеличение средней мощности дельта и тета-диапазонов в орбито-фронтально-височных областях левого полушария, достоверное по отношению к группе нормы в отведениях Fp1, F7, F3. снижение средней частоты тета-диапазона в лобно-височно-центральных областях; снижение средней мощности тета-ритма в лобно-центрально-париетальных областях (при сравнении с группой нормы) и, особенно значительно, по сравнению с контрольной группой больных при значимых различиях в отведениях левого полушария (F3, C3, P3) (Киренская-Берус А.В. и др., 2002).

В работе С. Diener et al. (2009) у больных с депрессивным расстройством и дистимией, в экспериментальных ситуациях утраты контроля за стрессорами и его восстановлением, описали расширенные негативные изменения ЭЭГ (PINV),

как электрофизиологический индекс измененной обработки информации в лобных отделах мозга. Лобные величины PINV оказались связаны с депрессивным ментизмом у этих больных, сопровождались чувством беспомощности при утрате контроля стрессовых событий. Такие связи отсутствовали в группе здоровых, что указывало на повышенную чувствительность больных с депрессивными расстройствами к неуправляемости стрессора.

Исследуя пациентов с паническим и большим депрессивным расстройством, коморбидным паническим и депрессивным расстройством, здоровых лиц, S.A.Shankman et al. (2013) нашел корреляции между снижением фронтальной асимметрии ЭЭГ в группах больных, как возможное отражение усиления чувствительности к угрозе и снижения чувствительности к вознаграждению в качестве компонентов панического расстройства и депрессии.

P.M. Keune et al. (2011) обнаружил, что асимметрия альфа-ритма в передних отделах коры правого полушария может служить у пациентов ЭЭГ-предиктором уязвимости к развитию большого депрессивного расстройства. Кроме того, автор показал защитный эффект когнитивной психотерапии, основанной на медитации для этой группы больных.

Существуют и противоположные взгляды на своеобразие ЭЭГ при расстройствах невротического уровня. По мнению авторов, многообразие факторов, обуславливающих особенности ЭЭГ и ее типы, является причиной отсутствия установленных и однозначных специфических изменений ЭЭГ при пограничных состояниях. G. Winterer и W.M. Herrmann (1996) на основе анализа 500 литературных источников, касающихся изучения ЭЭГ при психических расстройствах, пришли к заключению о том, что в целом фоновая ЭЭГ больных с тревожными расстройствами не содержит каких-либо типичных отклонений от нормы. Не найдено также характерных изменений ЭЭГ у больных с непсихотической тревогой в сопоставлении с другими больными психиатрического профиля (Ogiso Y. et al., 1993). Отсутствие специфических

особенностей ЭЭГ при пограничных состояниях может быть обусловлено также многообразием механизмов формирования тревоги (Шиньон Ж.М., 1991).

Преодоление подобных и иных противоречий, затрудняющих электрофизиологическое изучение психических заболеваний и приводящих к разноплановым и сложным для интерпретации результатам, возможно лишь при использовании системного подхода в клинко-электроэнцефалографических исследованиях. Представление о психической деятельности как о системном процессе укрепилось в современной психофизиологии достаточно давно. Обоснование необходимости использования системного подхода при исследовании церебрального гомеостаза как коррелята нормальной и патологической психической деятельности дано Н.М. Бехтеревой, М.Н. Ливановым (1972), К.К. Монаховым (1981) и другими исследователями. Теоретический базис таких исследований, принципы математического анализа и результаты изучения системной пространственной организации ЭЭГ на примере больных с эндогенной психопатологией подробно описаны в монографии К.К. Монахова и соавт. (1981). Адекватным объектом исследования при данном подходе является не нозологическая форма, а психическое состояние больного, детерминированное синдромальной структурой. При анализе системной организации ЭЭГ у больных с эндогенными психическими нарушениями были получены ЭЭГ-характеристики циклотимической и выраженной депрессии, психогенных субдепрессивных расстройств.

В исследованиях межполушарной асимметрии при неврозах (Аршавский В.В., 1988; Брагина Н.Н., Доброхотова Т.А., 1988) показано, что насильственное переобучение леворуких детей навыкам праворукого письма, широко практиковавшееся на протяжении многих десятилетий, приводило к формированию у них выраженных невротических реакций. Леволатеральный фенотип придавал клинической динамике неврозов полиморфный характер, делал ее атипичной, трудно отличимой от клиники циклотимии, способствовал затяжному хроническому течению невротических расстройств (Чуприкова А.П.,



1985, 1987; Казакова С.Е., 1987; Кульгавин Л.М., 1990). По мере развертывания клинической картины неврозов и тенденции к затяжному хроническому течению выявляется все более выраженное ослабление межполушарного интерференционного взаимодействия (Ильющенок Р.Ю. и Афтанас Л.И., 1989). По наблюдениям Л.М. Кульгавина (1990), левополушарные пациенты характеризовались более развернутыми типичными невротическими синдромами в динамике клинической картины с выраженной редукцией их основных проявлений к окончанию лечения. Изучение межполушарной асимметрии ЭЭГ у больных с невротическими нарушениями при различных функциональных состояниях показало “дефицит” левого полушария при операторской деятельности (Мороз М.П. и соавт., 1986).

В отношении когерентных характеристик ЭЭГ при различных эмоциях показано увеличение когерентности при воображаемом страхе и ее снижение при воображаемом удовольствии (Русалова М.Н., 1979, 1990, 2004), возрастание при агрессии, радости, сексуальном возбуждении и снижение при тревоге и печали (Hinrichs H., Machleidt W., 1992).

Изучение пространственных взаимосвязей электрической активности коры с помощью корреляционного анализа позволило выявить не обнаруживаемые при спектральном анализе переходы бодрствующего мозга из одного функционального состояния в другое. По мнению М.Н. Ливанова (1989), эти связи являются показателями функционального единства тех областей мозга, которые участвуют в формировании конкретного функционального состояния. У больных неврозами с обсессивным синдромом в состоянии покоя наблюдается картина усиления внутрилобных поперечных корреляционных связей, подобная той, которая имеет место при усилении интеллектуального напряжения у здоровых людей. Другие невротические проявления в клинике сопровождаются преимущественным изменением внутрислобных связей: при истерии в наибольшей степени изменяются теменно-височные и теменно-затылочные корреляционные связи, а при неврастении — центрально-теменные, центрально-

височные и центрально-лобные связи. По мере редукции симптомов невроза нарушения корреляционных связей спонтанной ЭЭГ нормализуются.

Наблюдаемые при невротических и стрессовых расстройствах нарушения функционирования интегративных систем мозга, в которых, наряду с корой, существенная роль принадлежит лимбико-ретикулярному комплексу и в пределах которых локализуются центральные вегетативные аппараты, показаны во множестве работ (Вейн А.М., Колосова О.А., 1971; Вейн А.М., Родштат И.В., 1974; Мягер В.К., 1976; Ушаков Г.К., 1987; Карвасарский Б.Д., 1990; Вейн А.М. и соавт., 1981; Симонов П.В., 1984 и др.). При этом отмечается нарушение вегетативного тонуса, реактивности и обеспечения форм деятельности (Вейн А.М., Колосова О.А., 1975; Панкова О.Ф., Lader M., 1975; Дюкова Г.М., 1977; Кешаков А.А., 1982; Каменецкая Б.И., Соломатин В.Т., 1985).

Особенности частотно-амплитудных характеристик и представленности основных ритмов ЭЭГ во время сна имеют большое значение для исследования патологии сна – одного из ведущих синдромов в клинике пограничной психиатрии. Они подробно описываются при различных клинических формах в работах А.М. Вейна и соавт. (1983, 1989). Использование ЭЭГ в качестве маркера стадий сна позволяет целенаправленно оценивать психотропные препараты с точки зрения их воздействия на конкретную его стадию, восстановления парциальных нарушений структуры сна.

Тем не менее, вегетативные показатели имеют ряд недостатков (Cacioppo J.T., Gardner W.L., 1999; Damasio A.S., 1998; Аракелов Г.Г., Шотт Е., 1998). Они меняются значительно медленнее по сравнению с быстро протекающими эмоциональными реакциями и слишком тесно зависят от функционального состояния, могут изменяться неспецифично по отношению к эмоциям (к примеру, отражая изменения в системе метаболических процессов). Кроме того, вегетативные показатели неспецифичны в отношении стимулов и задач. Предположительно, состояние вегетативной нервной системы при эмоциональных реакциях определяется активностью структур лимбического

мозга - например, гипоталамуса. А значит, показатели активности мозга могут дать более достоверную информацию о протекании эмоций и эмоциональных расстройствах.

В этой связи в последние десятилетия для изучения эмоций исследователи применяют новые неинвазивные методы изучения мозга – магнито-резонансную томографию (МРТ), функциональную магнито-резонансную томографию (фМРТ) и позитронно-эмиссионную томографию (ПЭТ).

Так в работе I.Laeger et al. (2014) в МРТ исследованиях определены признаки нарушения кортико-лимбического взаимодействия и гиперчувствительности лимбической системы к эмоциональным стимулам у женщин с социофобией. Изучая эмоциональную реактивность у больных с пограничными и избегающими личностными расстройствами с помощью фМРТ, Н.W. Koenigsberg et al. (2014) нашел снижение активности в передней дорсальной поясной коре в ответ на повторяющиеся эмоционально-значимые стимулы, особенно выраженное у пациентов с пограничным расстройством личности и отличающее этих лиц от здоровых и больных из группы с избегающим личностным расстройством. Это, по мнению автора, свидетельствовало об аффективной нестабильности.

Следует, однако, отметить, что анализ электроэнцефалограммы (ЭЭГ) все же имеет существенное преимущество перед описанными методами - высокое временное разрешение (Cacioppo, J.T., Gardner, W.L, 1999).

Сложные структурно-функциональные нарушения в нейронах и проводниковых системах, ответственных за прием и передачу информации были выявлены при эмоциональном стрессе посредством электронно-микроскопических исследований (Bull X., Eliot K., 1979).

В перспективных исследованиях уровня постоянного потенциала при психогенных расстройствах оценивается устойчивая разность потенциалов милливольтного диапазона, существующая между мозгом и электрически

индифферентными точками, а также между различными областями мозга, период колебаний которой превышает минуты и часы. Интегральная величина уровня постоянного потенциала позволяет оценить интенсивность церебральных энергозатрат и подтверждается экспериментальными исследованиями, свидетельствующими о том, что его величина прямо коррелирует с показателями энергетического обмена (Somjen G.G., Rosental M., 1979; Клименко Л.Л. и соавт., 1987; Пономарева Н.В., 1996). Повышение уровня постоянного потенциала в какой-либо области головного мозга отражает увеличение в ней энергозатрат, что часто связано с развитием функционального напряжения. Изучение уровня постоянного потенциала при невротических расстройствах касалось лишь отдельных невротических синдромов. Так, по данным Н.В. Пономаревой и В.Ф. Фокина (1996), отмечалось достоверное повышение уровня метаболизма головного мозга при тревожно-фобических и тревожно-депрессивных расстройствах.

Наряду с исследованиями электрической активности головного мозга, существует множество работ, посвященных изменению психофизиологических характеристик пациентов при эмоциональном напряжении и последующем формировании невротических расстройств. По мнению Ю.А. Александровского (2010) эти изменения «...носят неспецифический характер и отражают напряженную активность эмоционально-психологических и сопряженных с ними физиологических механизмов, обеспечивающих функциональную деятельность барьера психической адаптации и «физиологическую цену» происходящих компенсаторных процессов». По многочисленным литературным данным (Гуревич К.М., 1980; Костандов Э.А., 1970, 1980; Симонов П.В., 1970; Анохин П.К., 1971, 1975; Бехтерева Н.П., 1974, 2006; Суворова В.В., 1988, 1989; Вальдман А.В., 1976, 1979; Иваницкий А.М., 1976, 1990; Ott H., 1978; Изюмова С.А., 1980; Roth N., 1980; James A., 1980; Крауклис И.А., 1985; Карпенко А.В., 1986; Бенькович Б.И. с соавт, 1988, 1996, 2000, 2001; Маршак О.В., 1986 и др.), к числу наиболее информативных и доступных для изучения показателей

психофизиологического состояния относят: характеристики сенсомоторной активности, функциональной подвижности зрительного анализатора, координаторной функции, внимания и др., а к конкретным методам психофизиологической объективизации - различные виды хронорефлексометрии, с оценкой времени простых и дифференцированных сенсомоторных реакций и их латентных и моторных периодов. Именно эти характеристики, будучи интегральными показателями функционального состояния центральной нервной системы, позволяют судить о возбудимости, силе, балансе нервных процессов и индивидуально-типологическими свойствами нервной системы каждого из пациентов. Время реакции и его динамика отражают такие параметры функционального состояния ЦНС, как возбудимость, реактивность, лабильность, уровень функционального состояния неспецифических структур мозга, и могут служить критерием в диагностике инициальных проявлений общемозговых патологических процессов.

Как следует из приведенных исследований, одним из важнейших показателей функционального состояния центральной нервной системы и, в частности, ее анализаторной функции является определение показателей функциональной подвижности или лабильности. К числу таких интегральных показателей относится характеристика функциональной подвижности зрительного анализатора, динамика которой может служить косвенным критерием инертности психических процессов и прямо коррелирует с силой нервной системы. Что делает данный показатель особенно важным применительно к больным с пограничными формами психических расстройств, поскольку инертность психических процессов нередко является инициальным признаком патологии психической деятельности у больных с начальными симптомами невротических расстройств, с астеническими состояниями и с функционально-органической патологией ЦНС.

Другим, также информативным для оценки состояний психоэмоционального напряжения и невротических расстройств, по мнению

указанных авторов, является анализ психофизиологических характеристик координаторной функции. Показатели физиологического тремора являются одними из наиболее чувствительных к функциональным изменениям состояния нервной системы и прежде всего системы рефлекторной координации движений. По данным специально проведенных исследований, нервно-обменный механизм регуляции физиологического тремора чувствителен к различным физиологическим и патологическим воздействиям, а его характер и величина показателя говорят об интенсивности нервно-обменных процессов в норме и патологии.

Характеристики концентрации, переключения и распределения внимания также относятся в перечисленных работах к чувствительным методам оценки психофизиологических коррелятов состояний психоэмоционального напряжения и проявлений невротических расстройств. Увеличение числа ошибок к концу выполнения, например, корректурной пробы может свидетельствовать о постепенном истощении соответствующих клеток коры, равномерное же распределение ошибок указывает на слабость нервных процессов. Неравномерная концентрация ошибок говорит о периодически наступающем охранительном торможении, что обычно свойственно больным на начальных стадиях невротических состояний.

По мнению I. Radiel-Weiss (1978), психофизиологические тесты вполне адекватны как для анализа мозговых механизмов невротических реакций, так и для оценки эффективности их терапии. Э.А. Костандов (1980) подчеркивает важность использования методов психофизиологического анализа для исследования физиологической основы психических заболеваний и разработки курсов патогенетической терапии психотропными препаратами. К. Шейх (1984), А. Mann (1985) считают целесообразным использование психофизиологических показателей в диагностике начальных форм невротических расстройств. А.Ю. Буров (1986) рассматривает психофизиологические показатели, как наиболее адекватные для оценки уровня умственной работоспособности.

В.А. Балабанова (1985) отмечает, что исследование дифференцированных характеристик сенсомоторного реагирования позволяет получать вполне адекватное представление о функциональном тоне церебральных динамических систем на разных уровнях реактивности. Методика регистрации времени сенсомоторного реагирования может использоваться в качестве важнейшего дифференциально-диагностического критерия развития патологического процесса преимущественно в передних областях головного мозга. Исходя из чего, хронорефлексометрия может применяться в диагностике инициальных аффективных проявлений при пограничных состояниях.

Как свидетельствует литературный анализ, к другим, также часто используемым в психофизиологических исследованиях при невротических расстройствах методам, относятся: определение частоты сердечного ритма (ЧСС) и ее вариабельности, артериального давления (АД), частоты дыхания и кожного сопротивления.

Так, в работе L. Abramson et al.(1989), выявлена более высокая ЧСС в дневное и ночное время у пациентов с депрессивным эпизодом, коморбидным с паническим расстройством, коррелирующая с неблагоприятным прогнозом.

Е.В. Blanchard et al. (2000) описал рост ЧСС у больных, страдающих гэмблингом, после прослушивания аудиозаписей игры, при отсутствии других признаков физиологической активации. Акцентируется внимание на том факте, что именно физиологическая активация может лежать в основе игровой зависимости.

Оценивая вариабельность сердечного ритма в ответ на аффективные сцены у пациентов с посттравматическими стрессовыми расстройствами (PTSD), М.Нauschildt et al. (2011) установил ее меньший уровень и связь с депрессивными расстройствами, по сравнению с лицами, перенесшими стресс, но без PTSD и со здоровыми испытуемыми.

A.Limberg et al. (2011) исследовал ЧСС, реакцию моргания и уровень кожного сопротивления, как показатели эмоциональной реактивности и эмоциональной уязвимости больных с пограничным расстройством личности. Автор обнаружил защитную мобилизационную реакцию в ответ на эмоциогенные стимулы, хотя определенные специфические для пациентов стимулы выявляли их эмоциональную уязвимость.

В исследовании E.Reynaud et al. (2012) убедительно показано, что такой личностный компонент, как нейротизм, часто встречающийся при тревожных и депрессивных психических расстройствах, определяет повышенную чувствительность к провоцирующим страх стимулам (но не печаль или отвращение), определяемую по реакции кожного сопротивления. Это повышает вероятность формирования у таких лиц именно тревожных расстройств, таких, например, как ПТСР.

C.E.Norte et al. (2013) анализировал ЧСС (как отражение симпатических влияний) и ее вариабельность (как показатель активности парасимпатической системы) при эмоционально-значимых воздействиях у пациентов с PTSD. Продемонстрировано значительное повышение ЧСС и снижение ее вариабельности, с длительно сохраняющейся тахикардией – как отражение эмоциональной сверхреактивности и слабости восстановительных механизмов.

C.A.Ягода (2013) анализировал психофизиологические критерии электродермальной активности при психических расстройствах, в том числе и невротических, с целью выявления психофизиологических механизмов электродермальной активности для последующей дифференциальной диагностики. Для чего была изучена активность симпатического отдела нервной системы на основании уровня кожной электропроводности и определялась направленность изменений психофизиологических параметров и базового фактора отклонения электродермальной активности при психических расстройствах эндогенного, экзогенного и психогенного генеза. Автором установлено, что дифференциация психических расстройств на основе оценки



электродермальной активности возможна при выявлении характерных нарушений психофизиологических параметров - маркеров дифференциации - изменения уровня кожной электропроводности, степени истощаемости резервной емкости репрезентативных органов и тканей, величины базового фактора отклонения и базового коллоидного сдвига.

Вместе с тем, ряд исследователей указывают (Александровский Ю.А., Бенькович Б.И., 1980-1990; Бенькович Б.И., Маршак О.В.,1988), что лишь в совокупности психофизиологические методы являются надежными критериями в оценке функционального состояния ЦНС и отражают объективную картину происходящих в ней изменений при психоэмоциональном напряжении и невротических расстройствах. Правомерность таких подходов, в частности, подтверждена в исследовании значительного контингента больных с невротическими расстройствами, для которых установлено достоверное снижение общего уровня психофизиологической активности по сравнению с контрольной группой здоровых обследуемых. Причем степень негативных изменений комплекса психофизиологических характеристик коррелировала с тяжестью состояния пациентов. Нормализация состояния психоэмоционального напряжения и редукция ведущих симптомов невротического уровня сопровождалась постепенным приближением психофизиологических показателей к так называемой физиологической норме, выявленной у здоровых обследуемых. Кроме того, проведенные исследования дали возможность авторам ввести понятие психофизиологических критериев межнзологических различий, характерных для некоторых форм невротических расстройств – депрессивного невроза и неврастении. Сопоставление психопатологических расстройств невротического регистра и изучавшихся психофизиологических показателей позволило обратить внимание на непосредственную связь их динамики с тревожным напряжением, страхом и направленностью характеристик вегетативной активации, вне зависимости от формы невротического расстройства, что позволило авторам рассматривать исследуемые интегративные

психофизиологические показатели как характеристики неспецифических адаптационных процессов.

Важное значение психофизиологическим показателям, их динамике придается при изучении состояний психоэмоционального напряжения и невротических расстройств в процессе психофармакотерапии. В частности, в приводимом исследовании на фоне приема наиболее эффективных при невротических расстройствах препаратов из группы транквилизаторов. Установлено, что наиболее выраженным изменениям под действием транквилизаторов подвергались величины латентных периодов простых слухо- и зрительно-моторных реакций, зрительно-моторной реакции выбора, характеристики физиологического тремора и порога критической частоты слияния и различения световых мельканий. Динамические сдвиги этих показателей позволили получить объективную информацию о функциональном состоянии ЦНС больных с невротическими расстройствами, как на фоне однократного приема транквилизаторов, так и в ходе курсовой терапии. Оптимизация всех психофизиологических параметров, совпадала во времени с начальными признаками редукции ведущей невротической симптоматики.

Проведенные исследования подтвердили эффективность использования данных комплексного психофизиологического обследования для объективного контроля состояния больных с невротическими расстройствами и терапевтического воздействия.

В последующем, такой подход использовался для оценки влияния психофармакотерапии и психотерапии многими авторами. В качестве примера могут быть рассмотрены следующие работы. А.З. Файзуллоевым с соавт. (1997) проводился сравнительный комплексный динамический многоуровневый анализ психофизиологических эффектов монопсихофармакотерапии нейрометаболическим стимулятором нооклером, бензодиазепиновым транквилизатором альзоламом и специальной модификацией аутогенной тренировки для оптимизации дифференцированной терапевтической тактики у

больных с невротическими расстройствами. Анализ полученных данных свидетельствовали об умеренном стимулирующем влиянии нооклера на психофизиологические параметры сенсомоторного реагирования, особенно их сложные формы, на продуктивность внимания и краткосрочную память, а также о наличии у него симпатикотропного действия. Альзолам, снижая функциональный уровень параметров сенсомоторной активности, проявляет позитивное воздействие на функциональную систему микрокоординации и не угнетает, в отличие от других бензодиазепинов, параметры внимания и памяти, оказывая на них легкие селективные стимулирующие влияния. Психотерапия оказывает позитивное, но отставленное во времени воздействие на параметры микрокоординации, внимания и памяти, преимущественно за счет усиления процессов консолидации.

А.С. Аведисовой с соавт.(2004) оценивалась динамика когнитивных функций у больных с эмоционально-лабильными расстройствами сосудистого генеза при лечении вазобралом. Отмечена достоверная позитивная динамика психофизиологических характеристик сенсомоторной активности, функциональной подвижности зрительного анализатора и внимания, а также улучшение параметров реоэнцефалографии. Сочетание у вазобрала нейрометаболического, ноотропного, вегетостабилизирующего и антиастенического действия, по мнению авторов, является оптимальным для больных с эмоционально-лабильными расстройствами, возникающими на фоне сосудистых заболеваний головного мозга.

А.З. Файзуллоевым, Р.В. Ахапкиным (2012) анализировались психофизиологические эффекты антидепрессантов амитриптилина, флюоксетина и мапротилина. Оценивалось их влияние на параметры памяти, внимания, нейродинамической координации и вегетативного тонуса у больных с депрессивными расстройствами. Выделено три психофизиологических профиля, различающихся по ведущим нарушениям: эмоционально-моторному, эмоционально-когнитивному и эмоционально-вегетативному. Показано, что

действие препаратов соотносится как с различиями в механизме фармакологической активности, так и с представленной типологией психофизиологических состояний. При сопоставлении результатов однократного приема антидепрессантов и их курсового применения выявляются схожие тенденции, характерные для действия препаратов на психофизиологические показатели у разных групп пациентов. Это позволяет использовать психофизиологическое исследование однократного приема в качестве дифференциального предиктора эффективности и переносимости антидепрессивной терапии. Авторы утверждают, что оценка психофизиологического статуса может быть использована для оптимизации выбора адекватной терапии соответствующего контингента пациентов.

\* \* \*

Представленный обзор научных исследований состояний повышенной эмоциональной возбудимости и раздражительности в различных областях медицинской науки (психиатрии, психологии, психофизиологии, физиологии) отражает значительный интерес исследователей к недостаточно разработанной проблеме эмоциональных нарушений, составляющих вектор агрессии и их участия в формировании различных психических расстройств.

Существующие научные работы свидетельствуют о близости и родстве понятий раздражительности и эмоциональной возбудимости, о том, что повышенная раздражительность, наряду с гневом, является одним из ведущих внешних проявлений эмоциональной возбудимости. Вместе с тем, в них подчеркивается важность расширения представлений о выраженных эмоциональных нарушениях для понимания механизмов их возникновения и выработке эффективных способов профилактики у здоровых лиц, либо эффективной коррекции в случае их развития.

Изложенные данные позволяют заключить, что клинические признаки повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости тесно связаны с некоторыми психопатологическими синдромами. При этом практически

отсутствуют систематизированные и целенаправленные клинические исследования, и, соответственно, подробные описания всего спектра проявлений повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости на различных этапах становления психических заболеваний.

Имеющиеся публикации не позволяют составить исчерпывающее представление о факторах (характеристиках собственно психогенных воздействий, личностном своеобразии, темпераменте, биологической предрасположенностью или иных) предопределяющих возникновение эмоциональных нарушений протекающих преимущественно с проявлениями повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости.

Нет доказательной позиции и в понимании биологической основы повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости из-за малочисленности и противоречивости исследований в этой области. Между тем, нейрофизиологические, психофизиологические, генетические и другие корреляты, не являясь нозологически специфическими, по мнению многих исследователей, могли бы оказаться информативными при оценке выраженности расстройств, их синдромального своеобразия и стать полезными в разработке индивидуально ориентированной терапевтической стратегии, отсутствующей до настоящего времени.

Приведенный выше литературный анализ убедительно доказывает, что история изучения эмоциональных расстройств имеет тесную связь с историей медицины, психологии, физиологии, биологии, отражая особенности познания природы человека. Именно с этим связано значительное количество направлений и разнообразие исследовательских школ в изучении этого сложного и неоднозначного вопроса. Основные направления и подходы, упомянутые в обзоре, не идеальны, иногда демонстрируют эклектичность теоретических концепций, расплывчатость критериев, узость научных гипотез и др. Можно говорить о постоянном поиске метамоделей процесса возникновения и развития эмоциональных нарушений при различных расстройствах невротического уровня,

которая позволила бы в полном объеме использовать накопленные экспериментальные данные. В литературе за последние годы прослеживается тенденция к выработке «интегрального» подхода к изучению непсихотических психических расстройств, в связи с чем, определились ведущие направления в исследовании их патогенеза. Представляется важным, в частности, системное, комплексное изучение клинико-психофизиологических закономерностей формирования НПР, протекающих с выраженными эмоциональными расстройствами в русле задач их современного и эффективного индивидуализированного лечения.

Необходимость получения исчерпывающих и удовлетворяющих исследователей ответов на эти и другие вопросы по рассматриваемой проблеме и явилась основанием для проведения настоящего исследования.

## ГЛАВА 2.

### Методы исследования и изученные больные

Многообразие и неоднородность в оценках и интерпретации проявлений повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости, поиск адекватных методических подходов, определение принципов отбора больных и методов исследования в настоящей работе представляли определенные трудности и нуждались в тщательной предварительной проработке и планировании основных ее этапов.

Методологической базой работы служили системный комплексный клинико-психопатологический, клинико-психологический и психофизиологический подходы к изучению особенностей формирования состояний повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости при развитии непсихотических психических расстройств, с последующей выработкой на основе полученных результатов дифференцированных диагностических и терапевтических рекомендаций.

Исследование выполнено в Отделе пограничной психиатрии ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации в течение 2009-2015 гг. Наблюдались пациенты, находящиеся на амбулаторном или стационарном лечении в базовых отделениях ГБУ Департамента здравоохранения г. Москвы: «Психиатрическая клиническая больница имени Ю.В. Каннабиха» и Московский «Научно-практический психоневрологический центр имени З.П. Соловьева». Более половины изученных больных находились под наблюдением в течение года.

#### 2.1. Дизайн исследования

- Пациенты исследовались при поступлении в стационар, либо при обращении за амбулаторной помощью;
- Вошедшие в научную разработку пациенты на момент проведения психологических и психофизиологических исследований не получали

психотропных средств, что давало возможность оценивать изучавшиеся показатели без учета их действия;

- Подвергнуто анализу более 350 больных, обратившихся в базовые отделения специализированных больниц для лечения пограничных психических расстройств;
- Включено в работу 272 пациента с непсихотическими психическими расстройствами, с учетом наличия у них особенностей эмоционального реагирования в виде отчетливых и выраженных признаков повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости, а также 78 больных без клинических проявлений повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости, которые составили группу сравнения;
- Исследование состояло из 2-х этапов, имеющих различный дизайн, во время которых изучено 183 и 167 больных;
- На первом этапе в двух пилотных группах оценивалась возможность использования специально разработанных опросников: опросника ранжированной оценки выраженности повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости (КОРЭВ) (1-я группа, одномоментное наблюдательное, описательное безвыборочное исследование, 115 человек), а также формализованного опросника для регистрации клинических проявлений повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости (2-я группа, одномоментное наблюдательное, описательное исследование в отобранной когорте больных с клинически выраженными симптомами повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости, 68 человек). Основным итогом этого этапа явилась верификация и уточнение комплекса отобранных методов исследования с учетом задач работы.
- На втором, основном этапе изучено 89 больных с НПП (основная исследовательская группа, одномоментное наблюдательное, описательное



исследование в когорте больных отобранной с учетом критериев отбора и включения в исследование), при этом использовался весь комплекс избранных методов, включая апробированные на первом этапе;

- В рамках второго, основного этапа исследования также изучены особенности проводимой терапии НПР, назначенной в период исследования, у пациентов основной исследовательской группы (89 больных) и группы сравнения (78 больных) без клинических проявлений повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости (когортное исследование с группой контроля), при этом ведущие характеристики группы сравнения (возраст, пол, нозологическая и синдромологическая принадлежность больных) достоверно не отличались от показателей основной исследовательской группы;
- Клинико-психопатологические, клинико-психологические и психофизиологические исследования выполнялись автором самостоятельно, с применением психофизиологического комплекса «МП-05»;
- Нейровегетологические исследования проводились совместно со ст.науч.сотр. Федерального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского, к.м.н. А.З. Файзуллоевым с использованием нейровегетологического комплекса «ВНС-Полиспектр»; нейрофизиологические – с вед.науч.сотр., д.м.н. В.К. Бочкаревым., с использованием электроэнцефалографического аппаратно-программного комплекса «Нейтротревел»;
- Статистическая обработка полученных данных выполнялась методами одномерной описательной и многомерной статистики в пакете «Statistica».

## **2.2. Критерии включения больных в исследование**

- Наличие особенностей эмоционального реагирования в виде отчетливых и выраженных признаков повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости, выявляющихся, как при клинико-психопатологическом

исследовании, так и с помощью специально разработанного краткого опросника выраженности раздражительности и эмоциональной возбудимости (КОРЭВ).

- Изученные пациенты входили в следующие диагностические группы, выделяемые в МКБ-10:
  - Органические непсихотические психические расстройства (подрубрики F06.3 - F06.9; F07.0 - F07.9) - 82 больных.
  - Расстройства настроения (аффективные расстройства) непсихотического уровня (подрубрики F32.0 - F32.2; F33.0 - F33.2; F34.1) - 66 больных.
  - Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (подрубрики F40.0 – F40.9; F41.0 – F41.9; F42.0 – F42.9; F43.0 – F43.9; F44.0 – F44.9; F45.0 – F45.9; F48.0 – F48.9) - 105 больных.
  - Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте (рубрики F60 и F61) - 19 больных.
- Возраст больных составлял от 18 до 65 лет.
- Наличие информированного согласия пациента, включаемого в исследование.

### **2.3. Критерии исключения больных из исследования**

- Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства (рубрики МКБ-10 F20-F29).
- Симптомы деменции (рубрики МКБ-10 F00 – F09), умственной отсталости (рубрики F70 – F79).
- Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ (рубрики МКБ-10 F10 – F19).
- Тяжелые депрессивные и биполярные аффективные расстройства психотического уровня (рубрики МКБ-10 F30, F31).
- Высокий суицидальный риск.

- Эпилепсия и другие пароксизмальные расстройства.
- Острые или в стадии обострения, а также хронические соматические заболевания в стадии декомпенсации.
- Оперативные вмешательства, либо серьезные физические травмы в период настоящего эпизода заболевания.

#### **2.4. Обоснование выбора методов исследования.**

Современные научные исследования в клинической психиатрии невозможны без инструментов доказательной медицины, включающих в себя не только определение психопатологических особенностей, но и эффективности психофармакотерапии, психотерапии и построенных с использованием клиничко-диагностических шкал.

Используемые в настоящее время балльные оценки и диагностические опросники и клиничко-психологические шкалы дисциплинируют исследователя, однако только клиничко-психопатологическая оценка позволяет обосновано оценивать выделяемые симптомы и определяющие их патогенетические механизмы.

Особенно это касается квалификации эмоционального состояния больных, которое нередко оценивается со значительной долей субъективизма.

Анализ литературы, приведенный в Главе 1 (Аналитический анализ отечественных и зарубежных публикаций) и собственный предшествующий опыт (Хруленко-Варницкий И.О., 1987, 2010, 2012) свидетельствуют о том, что проявления повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости могут быть отнесены к достаточно часто наблюдаемым психическим расстройствам, которые не получают дифференцированной оценки. С другой стороны, он демонстрирует родство понятий повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости, их крайнего проявления эксплозивности и разнонаправленной агрессии - являющихся составляющими вектора агрессии. Клинические признаки эмоциональной возбудимости, представленные

негативными эмоциями досады, чувством несправедливости, повышенной раздражительностью, в последующем могут трансформироваться в гнев, ярость, открытую агрессию, становясь важнейшими проявлениями девиантного поведения. Можно видеть, что указанный феноменологический ряд состояний с повышенной раздражительностью и эмоциональной возбудимостью (от недовольства, обиды, раздражения до нетерпимости, гнева, ярости) вплотную подходит к границам некриминальной и криминальной агрессии, нередко являясь ее предпосылкой. Это позволяет использовать в клинико-психологических исследованиях повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости методики оценки различных форм агрессивного поведения, либо фрустрационной толерантности, к наиболее часто используемым из которых традиционно относятся опросник Басса-Дарки и тест фрустрационной толерантности Розенцвейга. Реже применяются специально разрабатываемые (адаптируемые) методики, в соответствии с исследовательскими задачами методики.

*Методика Басса-Дарки* (Buss A.H., Durkee A., 1957) предложена для измерения степени проявления разных форм агрессивного поведения на основе самоотчета обследуемого о совершенных им агрессивных действиях в прошлом. В исследовании использовалась версия опросника в адаптации Л.Г.Почебут (2001).

Данный опросник широко распространен в зарубежных исследованиях, в которых подтверждаются его высокая валидность и надежность (Biaggio M.K., 1980, 1981; Riley W.T., 1989; Musante L., 1989; Schill T., 1990; Feisten G., 1996; Ranchor A.V., 1997; Coccaro E.F., 1997; Castrogiovanni P., et al., 1998; Knox M., et al., 2000; Nierenberg A.A., et al., 1996; Wolfersdorf M., Kiefer A. et al., 1998). Опросник также широко используется и в отечественных исследованиях (Ениколопов С.Н., 1990, 1994, 2007; Абрамова А.А., 2005; Березовский В.Н., 2004; Голинищенко А.В., Щетина Е.И., 2004; Киренская А.В., 2001; Куликов Л.В., 1997), однако данные о его стандартизации не указываются. К недостаткам опросника можно причислить отсутствие должной кросс-культуральной адаптации,

популяционной стандартизации (Беломестнова Н.В., Ярмоленко Г.П., 2005). Шкалы являются порядковыми, а не метрическими, из-за чего невозможно не только сравнивать отдельные шкалы между собой (они даже в «сырых» оценках имеют разную мощность, разный максимальный возможный балл), но и оценить положение индивидуума относительно средней выраженности данного свойства в популяции, т.е. низкая или высокая у него общая агрессивность или ее какая-либо форма. Иначе говоря, эта методика не является тестом и может использоваться с оговорками в исследовательских целях и только в сочетании с другими, в том числе и с личностными методиками.

*Методика изучения фрустрационных реакций Розенцвейга* (Rosenzweig S., 1945) была разработана автором на основании его теории фрустрации. В исследовании использовалась в модификации Н.В. Тарабриной (1994). Методика направлена на изучение реакции испытуемого и ее направленности в моделируемых фрустрирующих ситуациях, т.е. на изучение реактивной агрессивности.

Методический материал состоит из 24 рисунков. На каждом рисунке изображены несколько человек (два или более), занятые разговором. Персонажи всех 24 рисунков находятся во фрустрационной ситуации. Ситуации можно разделить на две подгруппы: ситуации «препятствия» и «обвинения». В первом случае какое-либо действие персонажа сбивает с толку, ошарашивает, обескураживает. Во втором - субъект служит объектом обвинения. Испытуемому предлагается две инструкции. В первом случае его просят сказать, как бы он поступил в представленных ситуациях в жизни или как он реально поступает в таких ситуациях, что он отвечает. Во втором случае испытуемому предлагается представить, как бы он поступил или что бы он ответил в представленных ситуациях, если бы его ничто не сдерживало: ни угроза наказания, ни морально-этические нормы.

В России тест получил распространение после адаптации Н.В. Тарабриной (1994). За время существования теста появились множественные исследования,

подтверждающие его надёжность и широкие возможности интерпретации полученных с его помощью результатов. Коэффициент ре-тестовой надёжности, по некоторым данным, составляет 0,60–0,80. Достаточно высока валидность методики, имеются нормативные данные. Тест Розенцвейга характеризуется как структурированный. Он направлен на определённую область поведения и обладает относительно объективной процедурой оценки, более доступен статистическому анализу, чем большинство проективных методик. Тест предназначен для оценки степени сформированности у человека такой черты личности, как агрессивность, понимаемой как не вызванная объективными обстоятельствами и необходимостью тенденция враждебно реагировать на большинство высказываний, действий и поступков окружающих людей. Опыт применения данной методики свидетельствует о ее ценности в дифференциальной диагностике акцентуаций характера, нарушений поведения (в том числе и социально опасных), невротических состояний. Тест используется и при проведении психологической судебной экспертизы, когда необходимо определить особенности реагирования субъекта на трудные, фрустрирующие ситуации и его поведения в таких ситуациях.

К спорным сторонам методики можно отнести тот факт, что при одних и тех же особенностях ситуации вместо агрессии может быть выбрано действие совершенно иного типа: подчинение, отступление и разочарование, психосоматические реакции, самоуспокоение, конструктивное решение проблемы.

Примером опросников и шкал, специально адаптируемых под конкретные задачи исследования, могут служить: *Шкала агрессии* (соответствующая «Social Dysfunction and Aggression Scale» (Wistedt B., et al., 1990), использованная А.В.Ваксман (2005) для дифференцированной оценки агрессивных проявлений в состоянии депрессии, либо *Шкала раздражительности Шихана (SIS)* (Sheehan D.V., Lecrubier Y., Sheehan K.H., 1998).

Современные исследователи агрессивного поведения учитывают не только агрессивные тенденции (базовую агрессивность индивида), но и тенденции торможения (или подавления) агрессивности, сдерживающие открытое проявление агрессивности в поведении (Megargee E.I., 1966; Olweus D.,1972; Сафуанов Ф.С.,2003,2004).

Сравнительная оценка указанных методик измерения и описания различных проявлений, входящих в вектор агрессии, которые могут быть использованы при изучении повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости, позволила обратить внимание на ряд характерных для них недостатков. К их числу можно отнести описание феноменов разного порядка в рамках одного опросника, недостаточную стандартизацию, определенную схематизацию и ограничение в описании измеряемых качеств, значительную трудоемкость и сложности интерпретации результатов, расхождение данных фиксируемых разными методами и ряд других. Применение перечисленных методик допустимо в комплексном, углубленном исследовании, предпочтительно в сочетании с личностными опросниками и традиционными клиническими описаниями, однако оно совершенно неоправданно в качестве скринингового, позволяющего оперативно, пусть и вчерне оценить наличие либо отсутствие проявлений эмоциональной возбудимости. Все это ставит вопрос о создании специальных методов, в большей степени соответствующих исследовательским задачам.

Исходя из перечисленных сложностей в оценках и интерпретации проявлений повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости, поиск адекватных методических подходов, определение принципов отбора больных и методов исследования в настоящей работе представляли определенные трудности и нуждались в тщательной предварительной проработке и планирования основных ее этапов. Учитывалась и фрагментарность, односторонность изучения эмоциональных нарушений при НПР, установленная при литературном анализе (см. Главу 1).

Принимая во внимание задачи исследования, а также выявленные

недостатки и ограничения методик измерения и описания различных сторон агрессивности потребовалась разработка особых подходов и специальных методов. В соответствие с дизайном работы на первом, **пилотном её этапе** был разработан собственный вариант **краткого опросника раздражительности и эмоциональной возбудимости (КОРЭВ)**, (Опросник 1 в Приложении 1) для выявления особенностей эмоционального реагирования в виде повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости у пациентов с ППР. Опросник представляет собой анкету для самотестирования, заполняемую пациентом в присутствии врача. Наряду с ранжированной оценкой отдельных проявлений повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости, его отличает портативность и легкость заполнения. В качестве основы для КОРЭВ послужили: Шкала оценки степени выраженности психопатологической симптоматики и показателей клинического действия транквилизаторов, разработанная для сравнительного изучения эффективности последних при пограничных формах психических расстройств (Александровский Ю.А., 1970, 1973), а также один из разделов «Унифицированной системы оценки клинико-фармакологического действия психотропных препаратов у больных с пограничными нервно-психическими расстройствами» (Александровский Ю.А., Руденко Г.М., Незнамов Г.Г., 1984), созданной в Отделе пограничной психиатрии ГНЦ им В.П.Сербского, утвержденной МЗ СССР и неоднократно подтверждавшей свою высокую чувствительность и валидность в многочисленных клинико-психологических исследованиях. Опросник КОРЭВ практически является ее модифицированной составной частью.

Для подтверждения эффективности опросника КОРЭВ и его соответствия поставленным задачам работы было изучено 115 пациентов, 32 мужчины (27,8%) и 83 женщины (72,2%), составивших *1-ю пилотную* группу больных. Нозологическое распределение больных этой группы представлено в таблице 1.

Последующая статистическая оценка результатов проводилась с учетом клинической характеристики состояния, итогового показателя КОРЭВ,



отражающего степень выраженности повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости и ответов на каждый из вопросов (т.е. выраженность ее отдельных проявлений).

Таблица 1. Нозологическая характеристика 1-й пилотной группы больных.

Нозологические группы (коды по МКБ-10)	Всего (чел.)	%
Органические непсихотические расстройства F06 (часть), F07	51	44,3
Невротические, связанные со стрессом и соматизированные расстройства F40-F48	25	21,8
Аффективные непсихотические расстройства F30-F39	33	28,7
Расстройства зрелой личности и поведения у взрослых F60-F69	6	5,22
<b>Всего</b>	<b>115</b>	<b>100</b>

Распределение итогового показателя КОЭВ в исследованной группе (рисунок 1) оказалось близким к нормальному (тесты на нормальность: К-S  $d=0,13039$ ,  $p<0,05$ ; Lilliefors  $p<0,01$ ). Минимальные и максимальные значения повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости составляли 5 и 18 баллов. При этом средний балл по группе был достаточно высоким -  $10,75\pm 2,97$ .

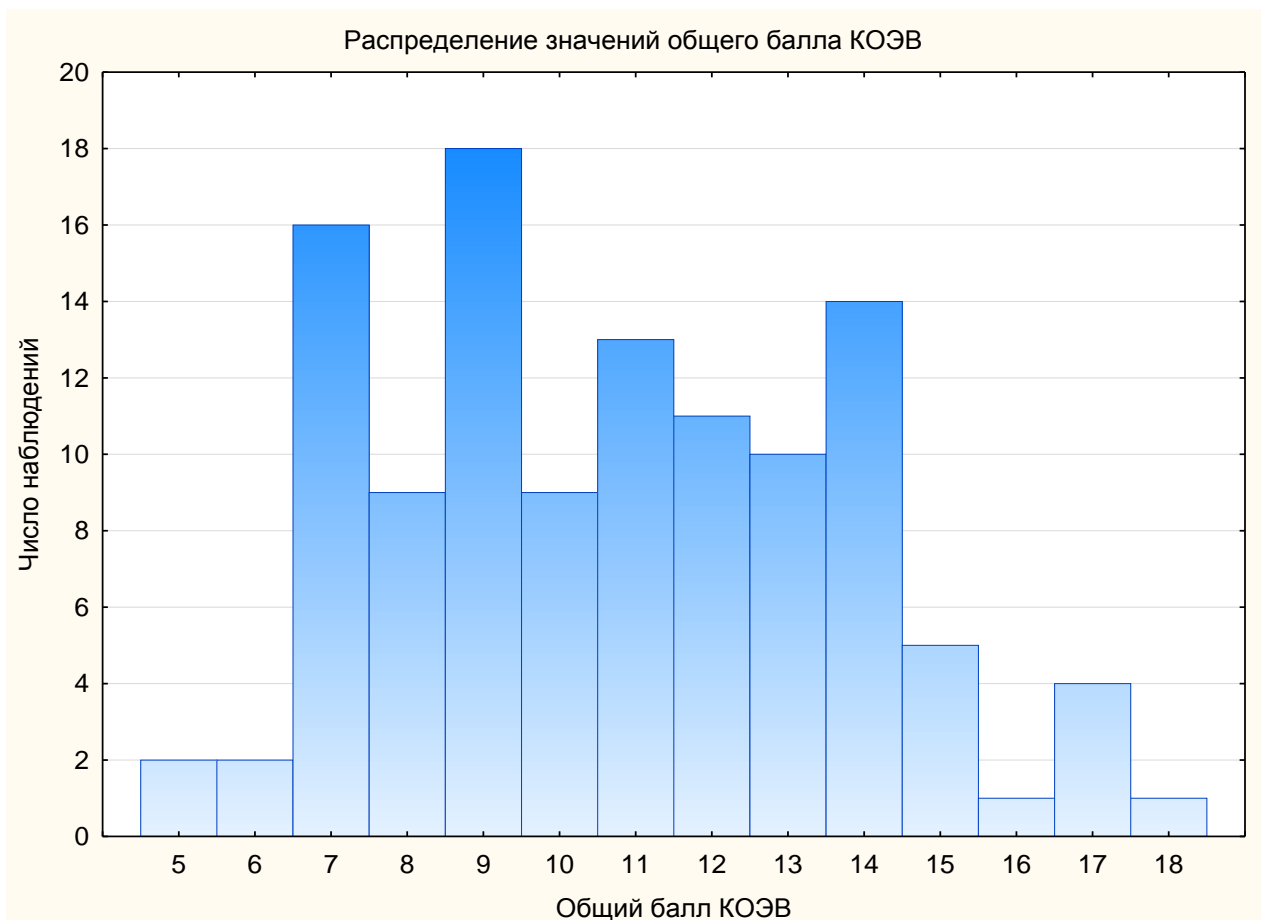


Рисунок 1. Распределение итогового показателя КОЭВ у больных первой пилотной группы.

Усредненные стандартизованные показатели КОРЭВ по отдельным вопросам, а также их корреляции между собой даны в таблице 2.

Опираясь на степень выраженности проявлений эмоциональной возбудимости, описываемых в каждом из вопросов КОРЭВ, были выделены подгруппы пациентов с преобладанием низких и высоких значений, а также подгруппа, в которой не наблюдалось однозначных тенденций. Подгруппа с выраженными, либо частыми проявлениями повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости в сумме с больными без однозначных тенденций составили до 82,6 % обследованных, что позволяет утверждать о значительной представленности различных проявлений повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости в клинической картине НПР.

Таблица 2. Усредненные стандартизованные показатели КОРЭВ и достоверность корреляции между отдельными вопросами в первой пилотной группе больных ( $p < 0.05$ ,  $N=115$ , курсив – отсутствие достоверности).

	Среднее	Стандартное отклонение	Вопрос 1	Вопрос 2	Вопрос 3	Вопрос 4	Вопрос 5
<b>Вопрос 1</b>	2,313043	0,809648	1,000000	<b>0,478454</b>	<b>0,243836</b>	<b>0,472829</b>	<b>0,252616</b>
<b>Вопрос 2</b>	2,252174	0,836067	<b>0,478454</b>	1,000000	<b>0,361797</b>	<b>0,414303</b>	<b>0,343231</b>
<b>Вопрос 3</b>	2,408696	0,990265	<b>0,243836</b>	<b>0,361797</b>	1,000000	<b>0,299881</b>	<i>0,177339</i>
<b>Вопрос 4</b>	2,173913	0,910570	<b>0,472829</b>	<b>0,414303</b>	<b>0,299881</b>	1,000000	<b>0,243142</b>
<b>Вопрос 5</b>	1,591304	0,759682	<b>0,252616</b>	<b>0,343231</b>	<i>0,177339</i>	<b>0,243142</b>	1,000000

Корреляционный анализ (таблица 2), продемонстрировал достоверную скоррелированность признаков, за исключением 3-го и 5-го вопросов методики. Полученные данные свидетельствовали о связанности признаков между собой, т.е. о наличии общего фактора, определяющего измеренные характеристики (собственно, повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости), а отсутствие достоверных корреляций для 3 и 5 вопросов - о некоторой самостоятельности феноменов, оцениваемых ими, а это симптомы, характерные для раздражительной слабости и поведенческие проявления повышенной эмоциональной возбудимости, гневливости.

Кластерный анализ индивидуальной структуры показателей повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости у исследованных пациентов

позволил идентифицировать 4 кластерных группы с высокой статистической значимостью ( $p < 0,05$ ) различий между ними (рисунок 2), каждая из которых отличалась особенностями клинических проявлений.

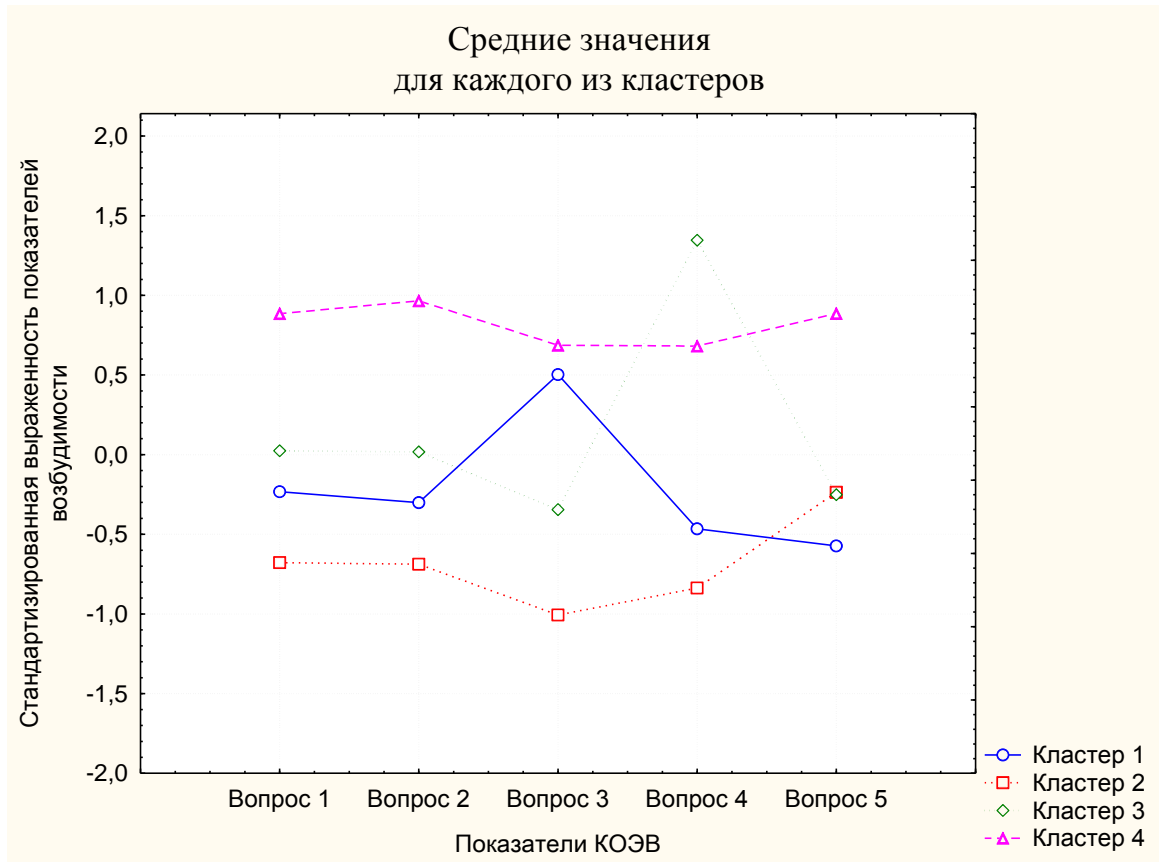


Рисунок 2. Средние значения стандартизованных показателей повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости в выделенных кластерах для первой пилотной группы больных.

Количество больных, составивших кластерные группы, представлено в таблице 3. Кластерные группы 2-я и 4-я (рисунок 2) не отличались по объему наблюдений, но отражали совершенно противоположные тенденции. Для больных 2-й кластерной группы были характерными низкие показатели по всем вопросам КОЭВ, в то время как в 4-й кластерной группе они, напротив, были высокими.

Таблица 3. Число пациентов в каждой из кластерных групп.

Кластерные группы	Число больных (чел.)	%
1	32	27,83
2	34	29,57
3	15	13,04
4	34	29,56
<b>Всего</b>	<b>115</b>	<b>100</b>

Особый интерес представили 1-я и 3-я кластерные группы. Для 1-й

кластерной группы, при сходном числе вошедших в нее больных, ведущими характеристиками были высокие значения для 3-го вопроса методики КОРЭВ, клинически проявлявшиеся в симптомах раздражительной слабости, непереносимости яркого света и громких звуков, при невысоких значениях по остальным пунктам опросника. Для 3-й кластерной группы отличительными характеристиками явились: максимально высокие значения по 4-му пункту КОРЭВ среди всех обследованных, что проявлялось практически постоянно существующими раздражением, злостью, либо частыми сменами настроения и средние значения по всем остальным вопросам методики.

Таким образом, КОРЭВ продемонстрировал свою чувствительность и возможности оценки как общей выраженности повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости, так и представленности ее отдельных клинических проявлений (гиперестезии, склонности к поведенческим проявлениям агрессии).

Таблица 4. Нозологическая характеристика кластерных групп 1 пилотной группы

<b>Нозологические группы (коды по МКБ-10)</b>	<b>Кластер 1</b>	<b>Кластер 2</b>	<b>Кластер 3</b>	<b>Кластер 4</b>	<b>Всего</b>
Органические непсихотические расстройства F06 (часть), F07	12	18	10	11	51
Невротические, связанные со стрессом и соматизированные расстройства F40-F48	7	8	1	9	25
Аффективные непсихотические расстройства F30-F39	10	8	4	11	33
Расстройства зрелой личности и поведения у взрослых F60-F69	3	0	0	3	6
<b>Всего (чел.)</b>	<b>31</b>	<b>34</b>	<b>15</b>	<b>34</b>	<b>115</b>

С целью объяснения обнаруженных различий была предпринята попытка анализа нозологических характеристик пациентов составляющих каждую из кластерных групп. Его результаты представлены в таблице 4 и таблице 5. Из данных в таблице 4 следует, что самой значительной являлась группа больных органическими непсихотическими расстройствами, меньшими и примерно одинаковыми были группы с аффективными непсихотическими и невротическими, соматоформными, связанными со стрессом расстройствами. Самой маленькой явилась группа пациентов с расстройствами зрелой личности и поведения у взрослых.

Метод кросс-таблиц, результаты которого отражены в таблице 5, не выявил достоверной взаимосвязи между принадлежностью пациента к одной из кластерных групп и диагнозом обнаруженного у него НПР.

Таблица 5. Суммарная частотная таблица, отражающая отсутствие взаимосвязи нозологических и кластерных групп первой пилотной группы (Pearson Chi-square: 10.1027, df=9, p=0.342249)

Нозологические группы (коды по МКБ-10)	Кластер 1	Кластер 2	Кластер 3	Кластер 4
Органические непсихотические расстройства F06 (часть), F07	-1,86842	2,78947	3,28947	-4,21053
Невротические, связанные со стрессом и соматизированные расстройства F40-F48	0,20175	0,54386	-2,28947	1,54386
Аффективные непсихотические расстройства F30-F39	1,02632	-1,84211	-0,34211	1,15789
Расстройства зрелой личности и поведения у взрослых F60-F69	0,64035	-1,49123	-0,65789	1,50877
<b>Всего:</b>	-1,86842	2,78947	3,28947	-4,21053

Полученные результаты свидетельствовали о самостоятельности кластерных групп, выявленных на **первом этапе** исследования, независимости степени выраженности повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости и от диагноза НПР. Тем самым позволяя предполагать, что особенности эмоционального реагирования являются самостоятельной и относительно нозонеспецифической характеристикой пациентов.

Опросник КОРЭВ подтвердил высокую чувствительность, эффективность и пригодность для количественного измерения степени выраженности повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости (и ее отдельных проявлений) у пациентов с различными нозологическими формами НПР, что позволило использовать его в качестве одного из ведущих методов исследования на втором этапе работы в основной исследовательской группе.

С использованием результатов, полученных в *1-й пилотной группе* больных, на первом этапе работы в дополнение к КОРЭВ был разработан **формализованный опросник для регистрации особенностей клинических проявлений повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости** (Опросник 2 в Приложении 1), позволяющий на основе ранжированных описаний

проводить клиническую оценку проявлений повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости у пациентов с НПР. Его основу составили общеизвестные и принятые психиатрами понятия, а заполнение проводилось исследователем в процессе осмотра больного.

Опросник использовался для выявления особенностей эмоционального реагирования во 2-й пилотной группе больных. Данная группа состояла из 68 пациентов, 24 мужчин и 44 женщин, в возрасте от 19 до 60 лет, имевших отчетливые клинические проявления повышенной эмоциональной возбудимости, подтвержденные соответствующими показателями КОРЭВ.

Нозологическая характеристика 2-й пилотной группы больных представлена в таблице 6.

Таблица 6. Нозологическая характеристика 2-й пилотной исследовательской группы больных.

<b>Нозологические группы (коды по МКБ-10)</b>	<b>Всего (чел.)</b>	<b>%</b>
Органические непсихотические расстройства F06 (часть), F07	17	25
Невротические, связанные со стрессом и соматизированные расстройства F40-F48	15	22,1
Аффективные непсихотические расстройства F30-F39	29	42,6
Расстройства зрелой личности и поведения у взрослых F60-F69	7	10,3
<b>Всего</b>	<b>68</b>	<b>100</b>

У большинства (29 пациентов) диагностировались аффективные нарушения в рамках рекуррентного депрессивного расстройства, либо депрессивного эпизода. У меньшего числа (17 пациентов) - психические расстройства, обусловленные повреждением и дисфункцией головного мозга или соматической болезнью (в рамках органических депрессивных и эмоционально-лабильных расстройств). Равнозначную группу (15 пациентов) составили случаи невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств (в рамках реакции на стресс и нарушения адаптации, а также других тревожных расстройств). Специфическое и смешанное расстройство личности имелось у меньшинства (7 больных).

Среди ведущих психопатологических проявлений преобладали депрессивные (тревожно-депрессивные – у 31, астеническая депрессия – у 28,

ипохондрическая депрессия – у 33, истерическая депрессия – у 33, адинамическая депрессия – у 29 пациентов, соответственно), собственно тревожные – у 10 и астенические расстройства – у 2 больных. Другие психопатологические нарушения отмечались существенно реже, определяя клинику заболевания у 1-2 пациентов в каждом из вариантов.

Анализ полученных данных (таблица 7) позволил выделить на основе существующих структурных связей между показателями 4 новые обобщенные формально-динамические характеристики, логично и последовательно описывающие особенности клинических проявлений повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости у пациентов этой группы.

Таблица 7. Коэффициенты ранговой корреляции между основными формализованными характеристиками клинических проявлений повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости во 2-й пилотной группе больных (выделенные значения достоверны при  $p < 0.05$ ).

Основные формализованные характеристики клинических проявлений эмоциональной возбудимости	Тяжесть (интенсивность) переживания	Степень нарушения поведения	Продолжительность (реакции, состояния)	Частота эпизодов	Острота возникновения	Варианты редукции (самокупирования)	Наличие и длительность латентного периода возникновения реакции на раздражитель
Тяжесть (интенсивность) переживания	1,000000	<b>0,344730</b>	0,090648	- 0,080586	-0,045941	0,046242	0,081272
Степень нарушения поведения	<b>0,344730</b>	1,000000	0,184219	0,203621	-0,187035	0,191099	0,035870
Продолжительность (реакции, состояния)	0,090648	0,184219	1,000000	<b>0,367138</b>	0,010671	<b>0,639755</b>	0,196263
Частота эпизодов	-0,080586	0,203621	<b>0,367138</b>	1,000000	0,082664	<b>0,311304</b>	-0,097102
Острота возникновения	-0,045941	-0,187035	0,010671	0,082664	1,000000	0,145591	<b>0,389724</b>
Варианты редукции (самокупирования)	0,046242	0,191099	<b>0,639755</b>	<b>0,311304</b>	0,145591	1,000000	0,027886
Наличие и длительность латентного периода возникновения реакции на раздражитель	0,081272	0,035870	0,196263	- 0,097102	<b>0,389724</b>	0,027886	1,000000

Первая характеристика, отражающая **тяжесть, интенсивность** клинических проявлений включила тяжесть переживания и степень нарушения поведения.

Вторая отражала **собственно динамические характеристики** и основывалась на продолжительности реакций или состояний, частоте их эпизодов

и вариантах самокупирования.

Третья характеристика оценивала **степень остроты** возникновения реакций отражающих собственно эмоциональную возбудимость, наличие и длительность латентного периода реакции на раздражитель.

К четвертой группе характеристик были отнесены **направленность реакций** и их место в клинике НПП (тип течения в клинике), статистические показатели которых не позволяли их объединить и в дальнейшем исследовании они не учитывались.

Полученные обобщенные характеристики достоверно коррелировали с показателями КОРЭВ, что свидетельствовало о близости клинических проявлений, оцениваемых обеими методиками (таблица 8).

Таблица 8. Ранговые корреляции между формальными признаками повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости с показателями КОРЭВ у пациентов 2-й пилотной группы (выделенные значения достоверны при  $p < 0.05$ )

Выделенные обобщенные формально-динамические характеристики	Краткий опросник повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости КОРЭВ					
	Чувство, что все надоедает и раздражает	Раздражение, досада, злость возникают в малозначимых ситуациях	Яркий свет, громкие звуки вызывают раздражение	Раздражение, досада, злость возникают по ничтожным поводам	Желание спорить, кричать, ударить	Итоговый показатель
Тяжесть, интенсивность	<b>0,48</b>	<b>0,40</b>	0,31	<b>0,32</b>	<b>0,41</b>	<b>0,53</b>
Собственно динамические характеристики	-0,01	<b>0,44</b>	<b>0,45</b>	0,28	-0,07	<b>0,34</b>
Степень остроты	-0,23	-0,28	-0,14	-0,23	<b>-0,45</b>	<b>-0,37</b>

Проведенный дисперсионный анализ не выявил особенностей формально-динамических характеристик клинических проявлений повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости у пациентов с различными нозологическими и синдромальными характеристиками (таблицы 9 и 10).

Базисные результаты первого, пилотного этапа, в частности разработанные принципы ранжирования и дифференциации эмоциональной возбудимости, ее высокая распространенность при включенных в исследование нозологических формах ППП, предположительно, неспецифичность по отношению к последним позволили перейти ко **второму, основному этапу исследования**, необходимому



для решения поставленных в ней задач.

Таблица 9. Связь между обобщенными формально-динамическими характеристиками клинических проявлений повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости и нозологическими характеристиками больных 2-я пилотной группы (результаты недостоверны,  $p > 0.05$ ).

Выделенные формально-динамические характеристики	обобщенные	F	p
Тяжесть, интенсивность		1,936956	0,140530
Собственно динамические характеристики		0,116581	0,949836
Степень остроты		0,333374	0,801250

Таблица 10. Связь между обобщенными формально-динамическими характеристиками клинических проявлений повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости и синдромальными характеристиками больных 2-я пилотной группы (результаты недостоверны,  $p > 0.05$ ).

Выделенные формально-динамические характеристики	обобщенные	F	p
Тяжесть, интенсивность		0,517411	0,850588
Собственно динамические характеристики		0,738724	0,671026
Степень остроты		1,180164	0,340446

Результаты литературного анализа (Глава 1) современных представлений об клинических и психофизиологических особенностях эмоционального реагирования у больных с НПР и предпочитаемом большинством исследователей инструментарии для его оценки, а также данные пилотного этапа исследования и собственный предварительный практический опыт позволили существенно дополнить апробированные методики.

## 2.5. Методы исследования, составившие исследовательский комплекс.

На втором, основном этапе работы, исследовательский комплекс составили следующие методы:

1. Клинико-психопатологический с использованием традиционного психопатологического анализа заболевания и изучением типологической структуры ведущего симптомокомплекса, последовательности развития психопатологических феноменов. У больных, а при необходимости и их родственников, подробно собирался анамнез жизни, болезни, уточнялись

наследственная отягощенность и особенности раннего развития, выявлялись патохарактерологические личностные черты. Всем больным проводилась оценка соматического и неврологического статуса, а при необходимости и параметрические методы исследования с целью проведения дифференциальной диагностики и выявления тяжелой соматической патологии и состояний декомпенсации при хроническом течении соматического заболевания. Полученные сведения регистрировались с применением Индивидуальной карты исследования (Приложение 2), разработанной в отделении реабилитации Отдела пограничной психиатрии. Наряду со специально созданными для исследования опросниками (кратким опросником повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости, а также формализованным опросником для регистрации особенностей клинических проявлений эмоциональной возбудимости), использовались клинические рейтинговые шкалы - методика самооценки ситуационной и личностной тревожности Спилбергера (STAI), шкала для самооценки депрессии Занга (ZSRDS).

2. Клинико-психологический, с использованием методик для определения выраженности и форм агрессивного поведения и фрустрационных реакций (реактивной агрессивности) - Басса-Дарки и Розенцвейга; методика выявления личностных акцентуаций Леонгарда-Шмишека; опросники ИТО, MMPI.
3. Психофизиологический, включавший в себя оценку баланса нервных процессов с определением их тренда в процессе тестирования, теппинг тест, оценку динамичности нервных процессов, тест на внимание (корректируемую пробу с кольцами Ландольта).
4. Нейровегетологический, на основе вариационной пульсометрии на базе анализа R-R кардиоинтервалов, с оценкой вегетативного (симпатико-парасимпатического) тонуса в покое и при функциональных нагрузках

(глазосердечная, синокаротидная, клино- и ортостатические пробы).

5. Нейрофизиологический, с многоканальной электроэнцефалографией и последующим спектральным анализом и характеристикой внутри- и межполушарных взаимосвязей ЭЭГ бодрствующего покоя и ЭЭГ с активационной стрессовой нагрузкой - в виде громкого, прерывистого звука, 30 Гц 20dB.
6. Статистический (методы одномерной описательной и многомерной статистики: параметрическая и непараметрическая оценка различия средних, корреляционный, факторный, кластерный анализы) с использованием пакета «Statistica».

## **2.6. Общая характеристика основной группы наблюдавшихся больных.**

В соответствии с критериями включения/исключения и учетом поставленной цели и задач исследования, а также полученных на первом, пилотном этапе работы результатов, на **втором, основном** этапе работы изучено 89 пациентов (30 больных получали лечение в амбулаторных условиях и 59 в условиях стационара).

Изученная выборка (таблица 11) характеризовалась преобладанием процента женщин 67,4 % (60 чел.) над мужчинами 32,6 % (29 чел.).

Средний возраст больных составил  $39 \pm 1,3$  лет. Главным образом больные находились в возрастной группе от 30 до 39 лет (30,3 % [27]), от 20 до 29 лет и от 50 до 59 лет (по 24,7 % [22], и 22,5% [20] соответственно). Меньшинство составили пациенты в возрасте от 18 до 19 лет и от 60 до 65 лет (по 3,4 % [3], соответственно). Некоторым больным старшей возрастной группы (от 60 до 65 лет) были свойственны начальные возрастные изменения психической сферы, характеризующиеся ухудшением образного мышления, ригидностью психических процессов, снижением темпа психомоторных реакций. У них выявлялись невыраженные изменения характера: консерватизм, эгоцентризм, ипохондричность.

Таблица 11. Распределение больных по социо-демографическим показателям.

Показатели		%, абс. Число 100 [89 чел.]
Мужчины		32,6 [29]
Женщины		67,4 [60]
Возраст, лет	18-19	3,4 [3]
	20-29	24,7 [22]
	30-39	30,3 [27]
	40-49	15,7 [14]
	50-59	22,5 [20]
	60-65	3,4 [3]
Средний возраст, лет		39 ± 1,26
Образование	Высшее	67,5 [60]
	Незаконченное высшее	7,8 [7]
	Среднее специальное	15,7 [14]
	Среднее	5,6 [5]
	Незаконченное среднее	3,4 [3]
Профессиональная занятость	Работающие	68,5 [61]
	Учащиеся/студенты	8,9 [8]
	Неработающие, пенсионеры	22,6 [20]
Семейный статус	Состоящие в браке	56,2 [50]
	Одиноким	42,7 [39]

В большинстве случаев пациенты имели высшее (67,5% [60]), реже - среднее специальное (15,7% [14]) образование.

Профессиональная деятельность больных характеризовалась преобладанием трудоустроенных больных (68,5% [61]) над не работающими и пенсионерами (22,6% [20]).

Анализ семейного статуса пациентов выявил преобладание состоящих в браке (56,2% [50]) над одинокими (43,8% [39]).

Нозологическая характеристика основной исследовательской группы (в соответствии с МКБ-10) представлена на рисунке 3.

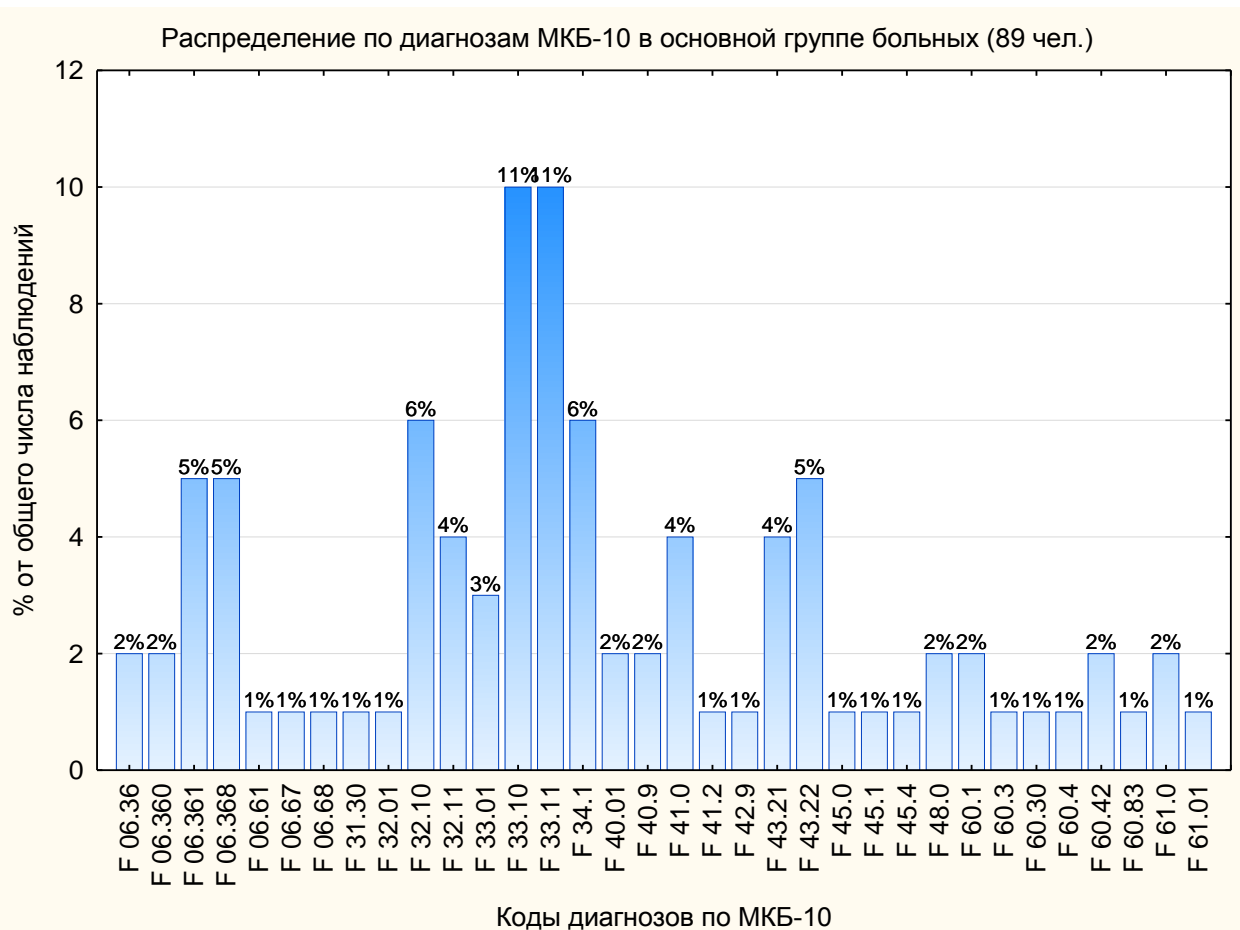


Рисунок 3. Нозологическая характеристика исследованных больных (по МКБ-10).

Основные нозологические подгруппы пациентов, выделенные в соответствии с диагностическими группами расстройств в МКБ-10, представлены в таблице 12.

Таблица 12. Основные нозологические подгруппы пациентов, в соответствии с диагностическими группами расстройств в МКБ-10

Нозологические подгруппы (коды по МКБ-10)	% [Абс. число]
Расстройства настроения (аффективные расстройства) F31-F34	46,1 [41]
Невротические, связанные со стрессом и соматизированные расстройства F40-F48	26,9 [24]
Органические непсихотические расстройства F06 (часть)	19,1 [17]
Расстройства зрелой личности и поведения у взрослых F60-F61	7,9 [7]
<b>Всего</b>	<b>100 [89]</b>

У включенных в исследование пациентов чаще диагностировались аффективные непсихотические расстройства (46,1% [41]), меньшую часть составили больные с невротическими связанными со стрессом и соматизированными расстройствами (26,9% [24]) и органическими

непсихотическими расстройствами (19,1% [17]), и еще меньшую - случаи расстройства зрелой личности и поведения у взрослых (7.9% [7]).

Синдромальная характеристика пациентов основной исследовательской группы представлена на рисунке 4.

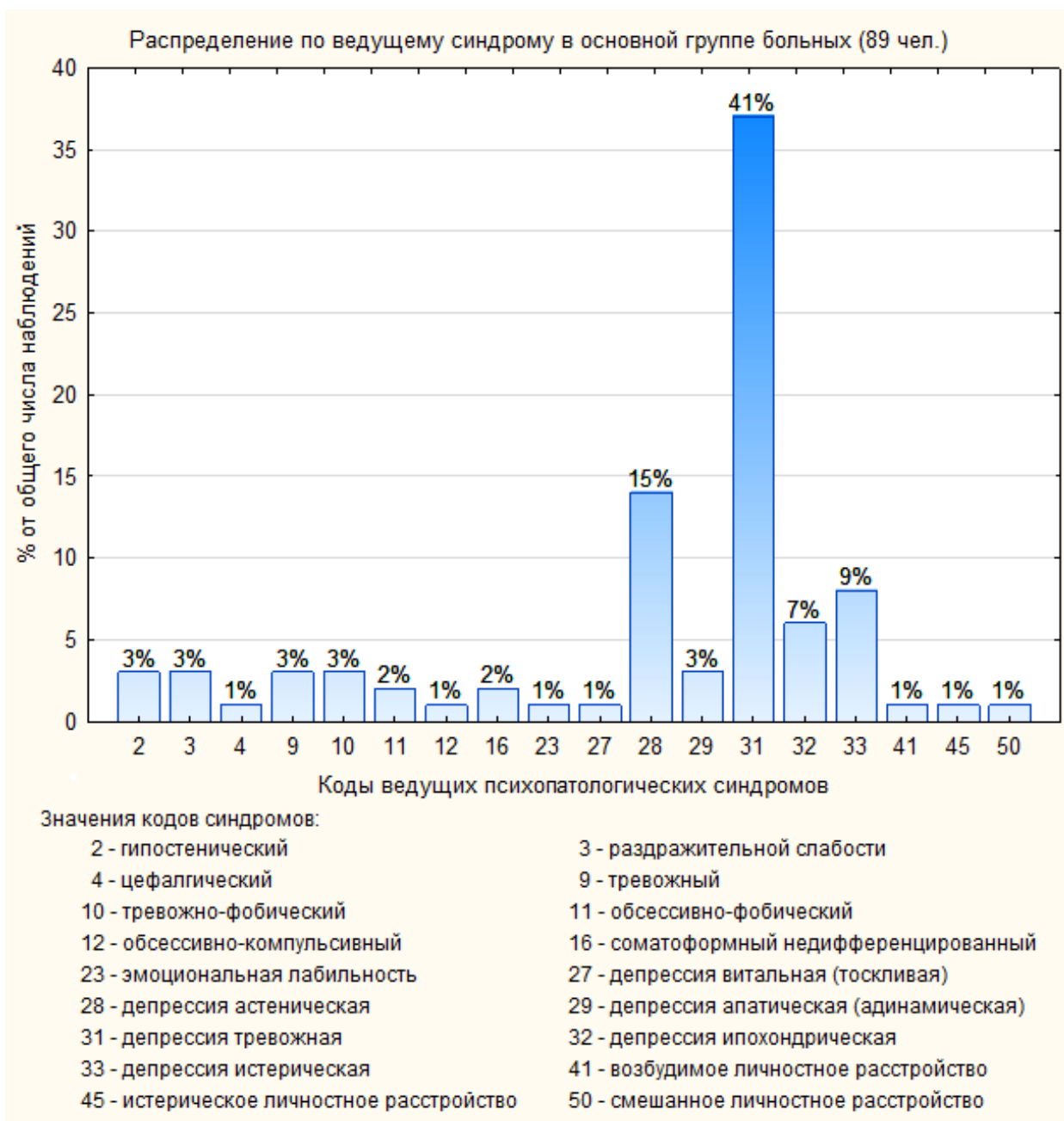


Рисунок 4. Синдромологическая характеристика исследованных больных

Последующий анализ позволил выделить основные подгруппы психопатологических расстройств, представленные в исследовательской группе пациентов (таблица 13).

Таблица 13. Основные подгруппы психопатологических расстройств в исследовательской группе.

<b>Выделенные подгруппы ведущих психопатологических расстройств</b>	<b>% [Абс. число]</b>
Депрессивные расстройства	78,6 [70]
Тревожные, фобические и обсессивные расстройства	9 [8]
Астенические расстройства	5,6 [5]
Соматоформные расстройства	3,4 [3]
Личностные расстройства	3,4 [3]
<b>Всего</b>	<b>100 [89]</b>

Данные в таблице 13 и на рисунке 4 свидетельствуют о том, что ведущим психопатологическим нарушением у обследованных больных являлась депрессия (78,6% [70]). При этом преобладающими были тревожный, астенический и истерический ее клинические варианты (40%, 15% и 9%, соответственно). Значительно меньше представлена группа тревожных, фобических и обсессивных расстройств (9% [8]), с незначительным преобладанием тревожных и тревожно-фобических нарушений (3% и 3%, соответственно) над обсессивно-фобическими и обсессивно-компульсивными (2% и 1%, соответственно), а также группа астенических расстройств (5,6% [5]). Абсолютное меньшинство составили пациенты с соматоформными и психопатическими /психопатоподобными нарушениями (по 3,4% [3], соответственно).

Начало заболевания у пациентов отмечалось преимущественно после стрессового события пролонгированного характера (67,4% [60]), чаще длительностью более 1 года (59,6% [53]).

Примерно у половины больных (46,1% [41]) в преморбиде отмечались эмоционально-неустойчивые, тревожные либо истерические личностные проявления, достигавшие в ряде случаев степени выраженности личностной акцентуации.

Преобладали больные с рекуррентным депрессивным расстройством (либо депрессивным эпизодом, дистимией), тревожной депрессией (астенической депрессией) - возникших преимущественно после стрессовых событий пролонгированного характера, длящихся более года.

Дальнейший анализ выделенных нозологических подгрупп больных позволил установить ряд особенностей.

В частности, подгруппа расстройств настроения (таблица 14) которая в соответствии с МКБ-10, состояла преимущественно из случаев рекуррентного депрессивного расстройства (56,1%), депрессивного эпизода (26,8%) и дистимии (14,7%). Депрессивный эпизод в рамках биполярного аффективного расстройства был представлен единственным наблюдением (2,4%). Как при рекуррентном течении заболевания, так и при первичном эпизоде депрессии тяжесть текущего состояния наиболее часто расценивалась как средняя (48,8% и 24,4 %, соответственно). Частота депрессивных эпизодов легкой степени тяжести была небольшой (2,4%, 7,3%, 2,4 %, соответственно). Хронические аффективные расстройства (дистимия) встречались в 14, 7% наблюдений.

Таблица 14. Нозологическая характеристика подгруппы больных с расстройствами настроения (аффективными расстройствами).

Показатели		%, абс. число 100 [41 чел.]
Диагнозы по МКБ-10	Депрессивный эпизод	26,8 [11]
	легкой степени	2,4 [1]
	средней степени	24,4 [10]
	Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий депрессивный эпизод	56,1 [23]
	легкой степени	7,3 [3]
	средней степени	48,8 [20]
	Биполярное аффективное расстройство, текущий депрессивный эпизод	2,4 [1]
	легкой степени	2,4 [1]
	Хронические аффективные расстройства настроения	14,7 [6]
	дистимия	14,7 [6]

Клинические варианты депрессий (таблица 15) были в основном представлены тревожной (58,5 %), истерической и астенической (по 12,2%, соответственно), апатической и ипохондрической (по 7,3%, соответственно) депрессиями. Тоскливая (меланхолическая) (4,68%) депрессия встречалась редко.



Таблица 15. Синдромальная характеристика подгруппы больных с расстройствами настроения (аффективными расстройствами).

<b>Ведущие психопатологические расстройства (клинические варианты депрессии)</b>	<b>%, абс. число 100 [41чел.]</b>
Тревожная	58,5 [24]
Астеническая	12,2 [5]
Истерическая	12,2 [5]
Апатическая	7,3 [3]
Ипохондрическая	7,3 [3]
Тоскливая (меланхолическая)	2,5 [1]

Психопатологическая структура тревожной депрессии, наряду с проявлениями депрессивного аффекта, характеризовалась наличием аффекта тревоги, с преобладанием тревожных опасений, волнения, беспокойство, чувство страха за себя и близких родственников, свое будущее, ощущения надвигающейся опасности, внутреннего напряжения и дискомфорта, недовольства, сочетающегося с выраженной раздражительностью, часто заметной для окружающих и требующей значительных усилий для ее сдерживания. Помимо психической тревоги у больных проявлялась соматическая тревога, в виде функциональных расстройств желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой и других систем организма. В поведении часто наблюдались невозможность расслабиться, напряжение и скованность мышц, двигательное беспокойство - также сочетающиеся с раздражительностью, возникающей по ничтожным поводам и с трудом сдерживаемыми гневливыми реакциями на малозначимые внешние стимулы.

Феноменологическая структура истерической депрессии проявлялась поверхностью и неустойчивостью депрессивного аффекта, склонностью к драматизации событий и своего состояния, эмоциональной неустойчивостью, невыраженным идеаторным и двигательным возбуждением. Ряду больных была свойственна конверсионная симптоматика, обычно в виде «кома» в горле, чувства «нехватки воздуха», головных болей по типу «обруча или каски», болей и неопределенных неприятных ощущений в области сердца, «внутренняя дрожь» в теле, тремор рук. В поведении отмечались нарочитость, театральность,

нетерпимость, повышенная раздражительность и гневливые реакции в малозначимых ситуациях, вплоть до появления желания кричать, ударить, капризность, эгоцентризм. Больные требовали повышенного внимания к себе, искали сочувствия у окружающих и одновременно обвиняли их в своих проблемах и болезни. Состояние обычно определялось внешними событиями.

При астенических депрессиях больные жаловались на потерю энергии, повышенную утомляемость, истощаемость, физическую слабость, непереносимость физических и умственных нагрузок, чувство, что все утомляет и раздражает, непереносимость громких звуков, яркого света. Депрессивный аффект характеризовался оттенком неудовольствия, раздражительности, плаксивости. Соматовегетативные симптомы возникали в виде тяжести в ногах, головных болей по типу «каска», болей по ходу позвоночника. У больных часто снижалась работоспособность.

Для апатической депрессии был свойственен апатический аффект, проявлявшийся отрешенностью от всех прежних желаний, безучастностью к окружающему и собственному положению, отсутствием вовлеченности в жизненные события. Прослеживалась вялость мимических реакций, некоторая монотонность речи, замедленность движений. Вместе с тем, в ситуациях психического перенапряжения могло возникать недовольство, повышенная раздражительность. Обычно у пациентов сохранялось осознание изменений, произошедших в аффективной сфере и достаточный контроль за внешними проявлениями раздражения и гнева.

Ипохондрические депрессии проявлялись развитием на фоне подавленного настроения тревожных опасений за свое здоровье, ипохондрических фобий, развивающихся на основе многообразных телесных ощущений и соматовегетативных расстройств. Преобладали представления о преувеличенной опасности имевшихся нарушений деятельности внутренних органов, неблагоприятном исходе болезни и бесперспективности лечения. При попытке

окружающих разубедить пациентов проявлялись раздражение и злость - сохранявшиеся продолжительное время.

Меланхолическая депрессия характеризовались аффектом «тоски», проявлявшимся чувством безысходности, «душевной» боли – на высоте которых легко возникали раздражительность и гневливость - нередко направленные на себя. В анамнезе, в период предшествующих эпизодов депрессии имелись антивитаальные переживания и суицидальные мысли, не обнаруживаемые в актуальном психическом состоянии. Тем не менее, отмечалась потеря жизненного тонуса, сочетающаяся с моторными и когнитивными нарушениями (чувством вины, фрагментарными идеями малоценности).

Подгруппа больных с невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами, характеристика которой (в соответствии с МКБ-10) дана в таблице 16 и таблице 17, состояла преимущественно из случаев тревожных и тревожно-фобических расстройств (41,6%) и расстройства адаптации (37,6%), реже диагностировались соматоформные расстройства (12,5%), и неврастения (8,3%).

Таблица 16. Нозологическая характеристика подгруппы больных с невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами

Показатели		%, абс. число 100 [24 чел.]
Диагнозы по МКБ-10	Тревножно-фобические и другие тревожные расстройства	41,6 [10]
	Расстройство адаптации	37,6 [9]
	Соматоформные расстройства	12,5 [3]
	Неврастения	8,3 [2]

Таблица 17. Синдромальная характеристика подгруппы больных с невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами

Ведущие психопатологические расстройства	%, абс. число 100 [24чел.]
Депрессивные расстройства	41,6 [10]
Тревожные, фобические расстройства	37,6 [9]
Соматоформные расстройства	12,5 [3]
Астенические расстройства	8,3 [2]

Психопатологическая структура тревожно фобических расстройств включала в себя агорафобическое расстройство, проявляющееся аффектом тревоги, страха - возникающим в типичных ситуациях и приводящим к их избеганию (передвижения вне дома, публичные места, путешествия в одиночку, невозможность быстро вернуться в безопасное место). Тревожный аффект обычно сочетался с вегетативными расстройствами (тахикардией, тремором, чувством удушья, тошнотой, болями в груди), чувством головокружения, обморочности, а в ряде наблюдений – с дереализацией, лиссофобией, страхом смерти, депрессивными симптомами, эпизодически возникающими паническими атаками (в виде повторных приступов выраженной тревоги, паники). В поведении часто прослеживалось напряжение, скованность, невозможность полностью расслабиться даже в домашней обстановке, вплоть до отчетливого беспокойства и повышенной раздражительности, нередко проявляющейся в форме вспышек гнева.

Ведущими феноменологическими проявлениями панического расстройства служили спонтанно случающиеся эпизоды пароксизмальной тревоги, не связанной со специфической ситуацией и длящиеся в течение нескольких минут. Одновременно имелись симптомы вегетативных расстройств, сходными со встречающимися при агорафобии (тахикардия, боль в груди, чувство удушья и др.), часто приводившие к развитию вторичных симптомов - страха смерти, утраты контроля, лиссофобии. В период между паническими атаками имелся тревожный аффект, эмоциональная неустойчивость, периоды ничем не обусловленной повышенной раздражительности, как правило, хорошо сдерживаемой и не проявляющейся вовне.

Расстройства адаптации проявлялись в виде мягких, непродолжительных (до 6 месяцев), тревожных, истерических и астенических клинических вариантов депрессий, развивающихся непосредственно в период адаптации к стрессовому жизненному событию (не позже 3 месяцев после него). Депрессивные симптомы носили самостоятельный характер, либо сочетались с тревожным аффектом,

чувством неспособности справляться, планировать, либо продолжать оставаться в настоящей ситуации, снижением продуктивности в делах. В ряде наблюдений отмечались эмоциональная неустойчивость, повышенная раздражительность, гневливость, конфликтность – доставляющие неудобство самим пациентам и сопровождающиеся чувством сожаления в ситуациях, когда они проявлялись в общении с другими людьми.

Структуру смешанного тревожного и депрессивного расстройства составили невыраженные тревожные и депрессивные симптомы (без отчетливого их преобладания), сочетающиеся с легкими и непостоянными вегетативными симптомами (тремором, сердцебиением), эпизодическим чувством, что все вокруг надоедает и раздражает.

Соматоформные расстройства характеризовались длительно существующими (в течение не менее 2-х лет) жалобами больных на повторяющиеся различные соматические симптомы, наряду с постоянными требованиями дополнительных медицинских обследований, несмотря на разъяснения врачей и отсутствие физической основы для симптоматики. Кроме того, отмечался тревожный и депрессивный аффект, элементы истерического поведения (в виде стремления привлечь внимание к жалобам), напористость и раздражительность в изложении жалоб, их отчетливая драматизация, конфликтность в семье и близком окружении.

Неврастения, прежде всего, подразумевала наличие чувства усталости и слабости после незначительных умственных и физических нагрузок, жалобы на мышечные боли, цефалгии напряжения, диссомнические расстройства (в виде нарушения начальной и промежуточной фазы сна). Отмечались также невыраженная тревожность, подавленность, элементы ангедонии, обеспокоенность умственным и физическим неблагополучием, невозможность расслабиться. Одним из частых симптомов была повышенная раздражительность, в ряде случаев возникающая в незначимых для пациентов житейских ситуациях.

Подгруппа с органическими непсихотическими расстройствами, характеристики которой даны в таблице 18, в основном состояла из случаев органического непсихотического депрессивного расстройства (82,4%), существенно меньшую часть составили наблюдения с органическим эмоционально-лабильным расстройством (17,6%).

Таблица 18. Нозологическая характеристика подгруппы больных с органическими непсихотическими расстройствами

Показатели		%, абс. Число 100 [17 чел.]
Диагнозы по МКБ-10	Органическое непсихотическое депрессивное расстройство	82,4 [14]
	Органическое эмоционально лабильное (астеническое расстройство)	17,6 [3]

Органическое непсихотическое депрессивное расстройство было представлено астеническим и тревожным клиническими вариантами, по 41,7%, соответственно (таблица 19). Среди особенностей, которых можно выделить сочетание депрессивного аффекта со снижением уровня общей активности, истощаемостью, проявлениями гиперестезии, иногда – напротив, с раздражительностью, чаще в виде гневливых реакций по незначительному поводу.

Таблица 19. Синдромальная характеристика подгруппы больных с органическими непсихотическими расстройствами

Ведущие психопатологические расстройства	%, абс. число 100 [17чел.]
Астенические	17,6 [3]
Депрессивные:	82,4 [14]
– астеническая депрессия	41,7 [7]
– тревожная депрессия	41,7 [7]

Астенические варианты депрессии включали в себя повышенную утомляемость, истощаемость, физическую слабость, непереносимость физических и умственных нагрузок, снижение работоспособности, гиперестезию. Собственно депрессивный аффект носил оттенок недовольства, брюзжания, раздражительности, плаксивости. Его соматовегетативные симптомы проявлялись в виде тяжести в ногах, головных болей и болей по ходу позвоночника, стойких диссомнических нарушений.

Психопатологическая структура тревожной депрессии, наряду с проявлениями депрессивного аффекта, характеризовалась наличием аффекта тревоги, с преобладанием тревожных опасений, беспокойства, чувства страха за себя и близких родственников, ощущения надвигающейся опасности, внутреннего напряжения часто сочетающегося с раздражением. Соматические проявления тревоги существовали в виде функциональных расстройств сердечно-сосудистой, желудочно-кишечной и других систем организма, различных диссомнических нарушений. В поведении отмечались невозможность расслабиться, двигательное беспокойство с раздражительностью, непродолжительными гневливыми реакциями. Феноменологическая структура непсихотического эмоционально-лабильного (астенического) расстройства проявлялась эмоциональной лабильностью и несдержанностью, повышенной психической и физической истощаемостью, вялостью – сочетавшимися с множественными неприятными физическими ощущениями, головокружениями, цефалгиями.

Подгруппа расстройств зрелой личности и поведения у взрослых, характеристика которой (в соответствии с МКБ-10) дана в таблице 20, преимущественно состояла из случаев специфического расстройства личности (85,7%), смешанное расстройство личности встречалось реже (14,3%).

Таблица 20. Нозологическая характеристика подгруппы больных с расстройствами зрелой личности и поведения у взрослых

Показатели		%, абс. число 100 [7 чел.]
Диагнозы по МКБ-10	Специфические расстройства личности:	85,7 [6]
	– истерическое	57,1 [4]
	– эмоционально неустойчивое (импульсивный тип)	28,6 [2]
	Смешанное расстройство личности	14,3 [1]

Специфические расстройства личности были представлены истерическим (57,1%) и импульсивным типом эмоционально неустойчивого расстройства (28,6%).

Общими клиническими признаками группы личностных расстройств были устойчивые аномальные поведенческие типы, отражающие индивидуальные характеристики и способы отношения к другим, существенно отклоняющиеся от

образа жизни «среднего» индивида, включающие основные сферы поведения и психологического функционирования и сочетающиеся с субъективным дистрессом и нарушением социального функционирования.

Клинические проявления истерического расстройства личности подразумевали наличие театральности, самодраматизации, преувеличенной эмоциональной экспрессии, неглубокой и лабильной эмоциональности, внушаемости, стремления к возбужденности и признания со стороны окружающих, неадекватной обольстительности во внешнем виде и поведении, озабоченности физической привлекательностью, потворства себе и манипулятивного поведения для удовлетворения своих потребностей, легким возникновением раздражения, досады, злости. Ведущими проявлениями эмоционально неустойчивого расстройства личности были нестабильность и капризность настроения, отсутствие контроля импульсивности, тенденция к конфликтному поведению, эмоциональная неустойчивость со вспышками жестокости, угрожающего поведения, гнева или насилия.

Смешанное расстройство личности характеризовалось присутствием признаков из различных кластеров личностных черт.

Состояние пациентов данной нозологической группы характеризовалось кратковременным усилением (декомпенсацией) имевшихся патологических личностных черт, сопровождающимся расстройствами семейной и социальной адаптации.

Проведенный статистический анализ (таблица 21) результатов методики КОРЭВ для всех нозологических подгруппы пациентов подтвердил обнаруженные клинические особенности. В частности, в подгруппе аффективных расстройств чаще фиксировалось легкие (тенденция) и средние ( $p < 0,05$ ) степени выраженности повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости, в сравнении с подгруппами с органическими непсихотическими и личностными расстройствами.



Таблица 21. Достоверность различий между нозологическими подгруппами больных по каждому из вопросов КОРЭВ

КОРЭВ <sup>1</sup>	Аффективные расстройства <sup>2</sup>	Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства <sup>2</sup>	Органические непсихотические расстройства <sup>2</sup>	Расстройства зрелой личности и поведения у взрослых <sup>2</sup>	Р (n=89) <sup>3</sup>
Вопрос 1	1952,5	837	686,5	529	0,079
Вопрос 2	1874,5	1010,5	534	586	0,106
Вопрос 3	1947	910	637	511	0,299
Вопрос 4	<b>1905,5</b>	969,5	<b>522</b>	<b>608</b>	<b>0,043</b>
Вопрос 5	1736	1073,5	708	487,5	0,911
Сумма	1931	901,5	576	596,5	0,075

Тем не менее, учитывая отсутствие других достоверных и однонаправленных особенностей, это позволило утверждать, что наряду с выявленными различиями между нозологическими группами существует и сходство.

В рамках исследовательской гипотезы о близости и сходстве нозологических подгрупп в эмоциональной модальности повышенной раздражительности и возбудимости это также позволило сделать вывод о том, что нозологическая характеристика больных, составивших конкретную исследовательскую группу, не является ведущим и единственным фактором, напрямую определяющим представленность таких эмоциональных расстройств в клинической картине.

Статистический анализ результатов опросника для определения клинических характеристик проявлений повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости (таблица 22) не установил достоверных различий между нозологическими подгруппами и подтвердил гипотезу об их сопоставимости.

<sup>1</sup> - 1 - чувство, что все надоедает и раздражает; 2 - раздражение, досада, злость возникают в малозначимых ситуациях; 3 - яркий свет, громкие звуки вызывают раздражение; 4 - раздражение, досада, злость возникают по ничтожным поводам; 5 - желание спорить, кричать, ударить.

<sup>2</sup> - приводятся суммы рангов непараметрического критерия Краскела-Уоллиса для каждого из вопросов КОРЭВ.

<sup>3</sup> - различия достоверны при  $p < 0,05$ .

Таблица 22. Достоверность различий между нозологическими подгруппами больных по результатам методики оценки клинических характеристик проявлений повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости

Основные клинические характеристики проявлений раздражительности и эмоциональной возбудимости	Подгруппа аффективных расстройств (n=41) <sup>1</sup>	Подгруппа невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств (n=24) <sup>1</sup>	Подгруппа органических непсихотических расстройств (n=17) <sup>1</sup>	Подгруппа расстройств зрелой личности и поведения у взрослых (n=7) <sup>1</sup>	P (n=89) <sup>2</sup>
Тяжесть, интенсивность переживания	1020	596	314	348	0,58
Степень нарушения поведения	1024	538	308,5	340,5	0,21
Продолжительность реакции, состояния	1092,5	567	254	297,5	0,89
Частота эпизодов	1148	538	248	344	0,54
Острота возникновения	1093	582	343	260	0,33
Варианты редукции, самокупирования	1134	524	302	318	0,57
Длительность латентного периода	1039	621	292	326	0,89
Тип течения в клинике	1119	549	255	355	0,58
Направленность	1214	508,5	200	355,5	0,70

Полученные данные (таблицы 21, 22) подкрепляют предположение об относительной неспецифичности и самостоятельности эмоциональной модальности повышенной раздражительности и возбудимости, несмотря на привносимые ею клинические особенности структуры психопатологических проявлений непсихотических психических расстройств в исследованных нозологических подгруппах.

При этом в клиническом плане наиболее общими проявлениями для всех пациентов были (по мере нарастания выраженности повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости):

- чувство, что все вокруг надоедает и раздражает, вызывает дискомфорт, легко возникает чувство обиды на окружающих, слабость и слезливость;

<sup>1</sup> - приводятся суммы рангов непараметрического критерия Краскела-Уоллиса для каждой из клинических характеристик.

<sup>2</sup> - различия недостоверны,  $p > 0,05$ .

- раздражение, досада, злость возникают часто, иногда в совершенно малозначимых ситуациях;
- громкие звуки и яркий свет с трудом переносятся, вызывают значительный дискомфорт и раздражение;
- раздражение, досада, гнев проявляются по ничтожным поводам, с трудом поддаются контролю и сдерживанию, нередко становятся причинами семейных и профессиональных конфликтов, а в ряде случаев и причиной обращения за психиатрической помощью;
- повышенная раздражительность носит почти постоянный, очевидный для окружающих характер, внешне проявляется в несдержанности, нетерпеливости и суетливости, вспыльчивости, повышенной возбудимости и гневливости, желании спорить, кричать, ударить, вплоть до эпизодов враждебности и агрессивного поведения (немотивированной агрессии).

Перечисленные симптомы отражались в жалобах, нередко определяли поведение больных в конфликтных ситуациях, легко обнаруживались клинически. Обычно они диагностировались совместно с другими психическими нарушениями – депрессивными, тревожными, тревожно-фобическими, соматоформными, астеническими и личностными расстройствами. Такие особенности эмоционального реагирования обнаруживались у многих отобранных пациентов не только в актуальном психическом состоянии, послужившем поводом для обращения за психиатрической помощью, но и в течение жизни, чаще в связи с теми или иными психогенными либо соматогенными патогенными воздействиями.

## **2.7. Принципы группировки и динамического исследования больных.**

Полученные на первом пилотном этапе данные и разработанные принципы ранжирования и дифференциации клинических проявлений повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости были использованы для

разделения исследовательской группы больных **на втором, основном этапе** работы, необходимого для решения поставленных в ней задач. В его основу была положена статистическая оценка результатов КОЭВ, отражающих степень выраженности повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости, при этом учитывались ответы на каждый из вопросов методики и ее итоговый показатель.

Распределение итогового показателя КОЭВ (рисунок 5) в основной исследовательской группе, также как и в пилотной на первом этапе исследования, оказалось близким к нормальному (тесты на нормальность: К-С  $d=0,11215$ ;  $p>0.20$ ; Лиллиефорса  $p<0,01$ ).

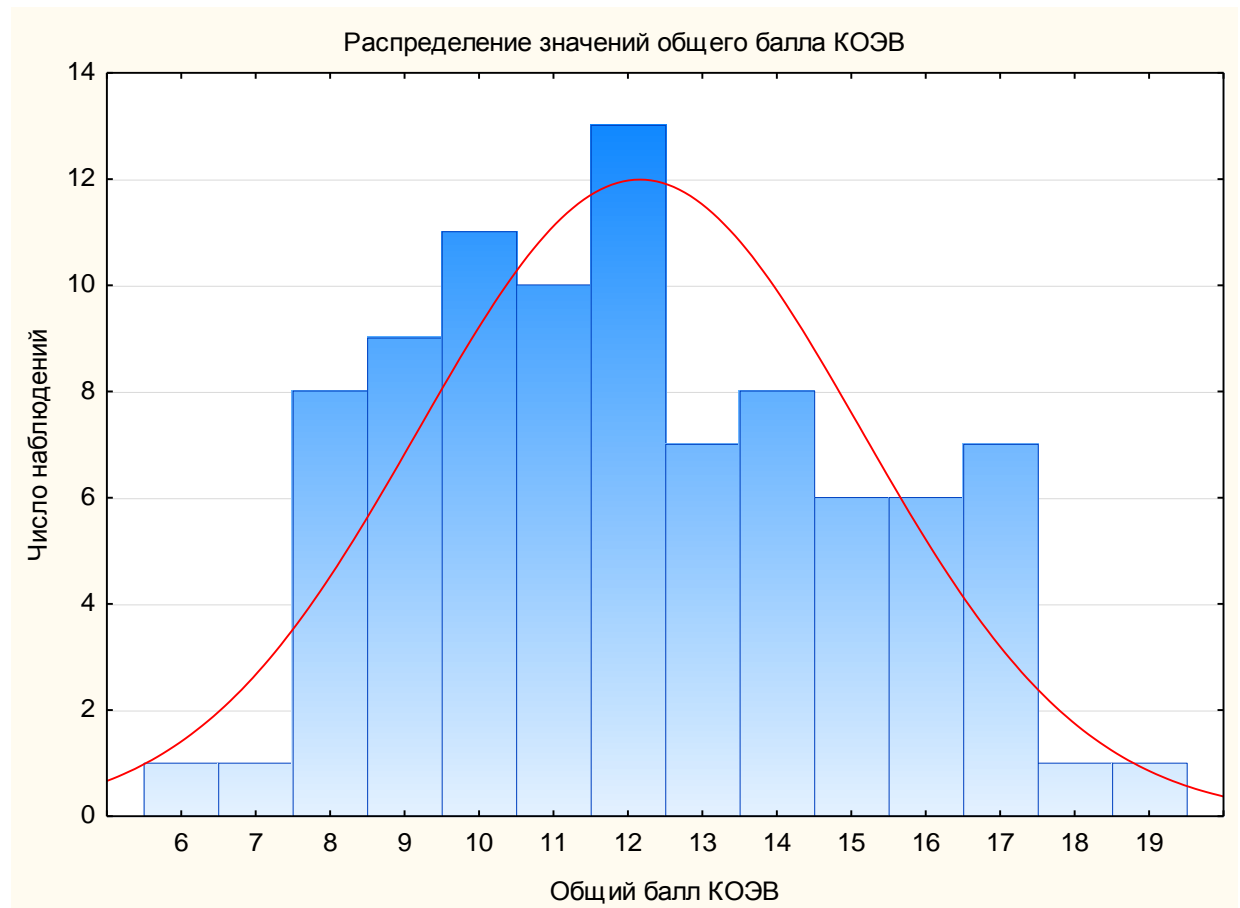


Рисунок 5. Распределение итогового показателя КОЭВ у обследованных больных основной исследовательской группы (N=89).

Минимальные и максимальные значения повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости составляли 6 и 19 баллов. При этом средний итоговый балл КОЭВ для основной исследовательской группе был достаточно высоким ( $12,12 \pm 2,96$ ), что подтверждало ее соответствие одному из основных

критериев отбора - наличие у пациентов особенностей эмоционального реагирования в виде отчетливых и выраженных признаков повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости.

Кластерный анализ индивидуальной структуры (рисунок 6) по данным методики КОРЭВ для исследованных пациентов позволил идентифицировать **2 стабильно выделяемые кластерные группы, с высокими (Кластер 1) и низкими (Кластер 2) значениями** всех показателей повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости, высокой статистической значимостью ( $p < 0,05$ ) различий между ними, каждая из которых отличалась особенностями клинических проявлений.

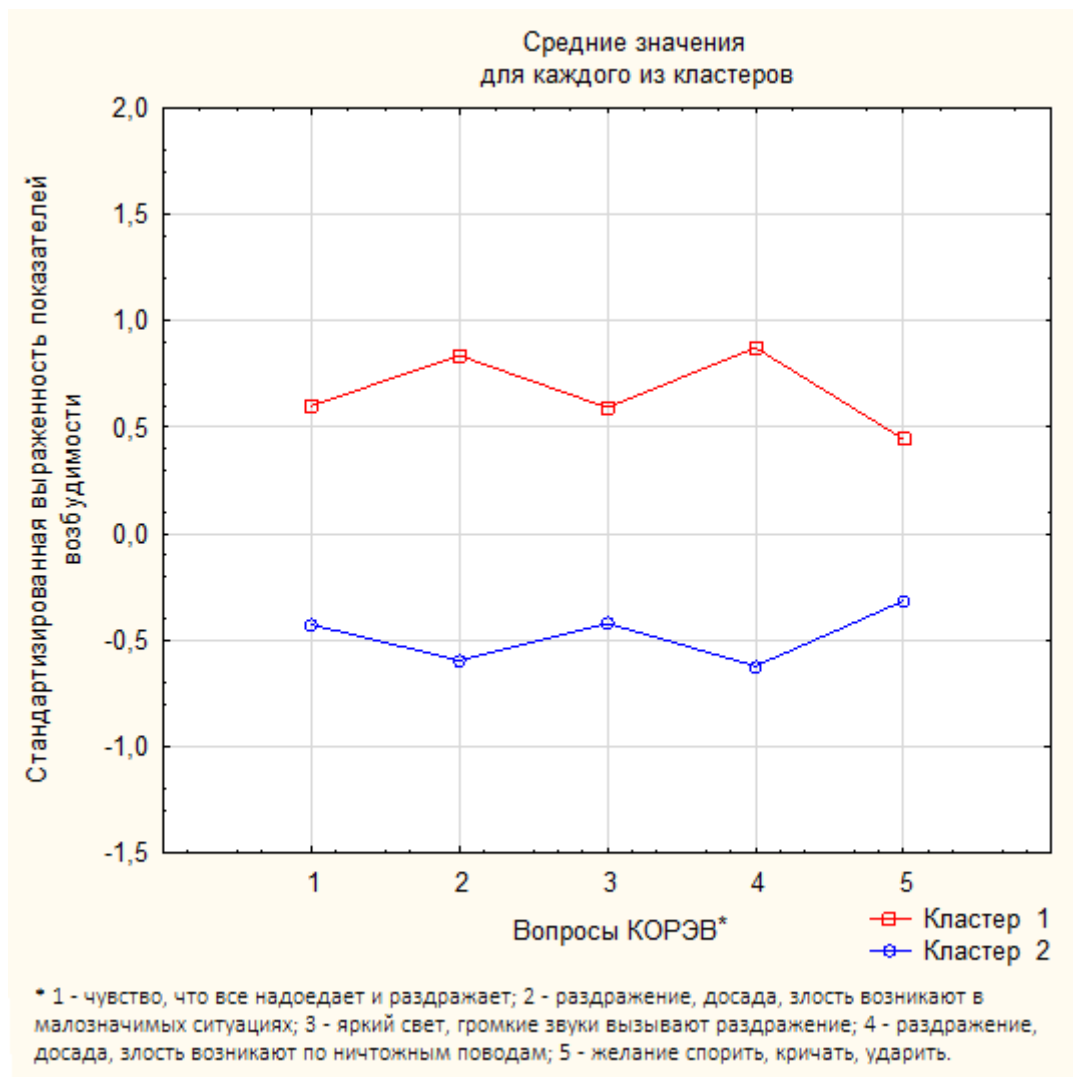


Рисунок 6. Средние значения стандартизованных показателей повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости в выделенных кластерах для основной исследовательской группы больных (N=89).

Сопоставление результатов пилотного и основного этапов исследования показывает, что только эти два выделенных кластера являются устойчивыми, не зависят от объема и других особенностей конкретных выборок пациентов. Выделение полярных кластеров на обоих этапах работы подтверждает наличие статистических закономерностей, позволяет проводить сопоставления и сравнения клинических, психологических, психофизиологических и нейрофизиологических показателей у пациентов из двух выделенных кластерных групп – с высокими (**1 исследовательская группа**) и низкими (**2 исследовательская группа**) значениями показателей повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости по методике КОРЭВ.

В **1 исследовательскую группу**, с высокими значениями показателей повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости вошло 37 пациентов, во **2 группу**, с низкими значениями показателей эмоциональной возбудимости – 52 больных с НПР (таблица 23).

Таблица 23. Число пациентов в каждой из кластерных групп.

Кластерные группы	Число больных (чел.)	%
1-я, высокие значения	37	41,58
2-я, низкие значения	52	58,42
<b>Всего</b>	<b>89</b>	<b>100</b>

Данные, полученные с помощью опросника для ранжированной оценки клинических характеристик проявлений повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости, существенно дополняли и уточняли результаты КОРЭВ для выделенных групп больных (таблица 24).

В частности, они позволяли определить, что пациенты 1 группы отличались большей тяжестью, продолжительностью и частотой возникающих у них реакций и состояний. Кроме того, имевшиеся у ряда из них симптомы имели тенденцию к генерализации и в значительной степени нарушали поведение.

Следует особо отметить, что развивающиеся реакции и состояния фиксировались у **больных 1 группы практически ежедневно**, часто до **нескольких раз в день**, в отличие от **2 группы**, где они возникали **редко, не**

**более нескольких раз в неделю, что дополнительно подтверждало правомерность выделения групп.**

Таблица 24. Сравнительные клинические характеристики проявлений повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости у пациентов обеих исследовательских групп (N=89).

<b>Основные клинические характеристики проявлений эмоциональной возбудимости</b>	<b>1 группа Сумма рангов</b>	<b>2 группа Сумма рангов</b>	<b>P (по U-критерию Манна-Уитни)</b>
Тяжесть, интенсивность переживания	1138,5	1006,5	<b>0,05</b>
Степень нарушения поведения	1135,0	945,0	<b>0,03</b>
Продолжительность реакции, состояния	1182,0	898,0	<b>0,004</b>
Частота эпизодов	1193,0	952,0	<b>0,007</b>
Острота возникновения	906	1239,0	
Варианты редукации, самокупирования	1101,0	1044,0	
Длительность латентного периода	1059,0	1086,0	
Тип течения в клинике	1160,0	985,0	<b>0,02</b>
Направленность	1107,0	1038,0	

Проведение дальнейшего анализа всех полученных данных (клинических, психофизиологических, психологических, нейрофизиологических) проводилось именно в этих двух выделенных группах, что позволило последовательно решать основные задачи работы.

### ГЛАВА 3.

#### **Клинико-психопатологические особенности больных с повышенной раздражительностью и эмоциональной возбудимостью.**

Клинический анализ проводился в двух исследовательских группах больных, выделенных с учетом особенностей клинического состояния, а также на основании кластерного анализа данных методики КОРЭВ на пилотном этапе работы: **1 группе, с высокими значениями показателей повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости (ВЗПРЭВ) (37 чел.)** и **2 группе, с низкими значениями показателей повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости (НЗПРЭВ) (52 чел.)**. При этом по данным опросника для ранжированной оценки клинических характеристик проявлений повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости **пациенты 1 группы отличались** большей тяжестью, продолжительностью и частотой возникновения эмоциональных реакций и состояний, определявших их поведение.

Основные характеристики исследовательских групп рассмотрены в Главе 2, разделе 2.7 (Принципы группировки и динамического исследования больных) настоящего исследования.

В данном разделе работы представлены результаты анализа клинико-психопатологических особенностей указанных исследовательских групп больных, в задачи которого входило выявление клинических факторов, влияющих на формирование проявлений повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости у больных с НПР.

#### **3.1. Социодемографическая характеристика больных.**

Сравнительные социодемографические и некоторые общие данные о пациентах обеих исследованных групп, представленные далее в серии таблиц, свидетельствовали о сходстве основных изучаемых показателей. Исключение составили лишь пол, средний возраст и образовательный уровень пациентов. Как следует из приведенных в таблице 25 данных, в группе ВЗПРЭВ, в отличие от



группы НЗПРЭВ, преобладали женщины ( $p < 0.03$ ) и пациенты более молодого возраста (средний возраст 34,6 лет) ( $p < 0.008$ ).

Таблица 25. Сравнительные гендерные и возрастные характеристики исследованных групп

Показатели		Группа ВЗПРЭВ %, [абс. число] (37чел.)	Группа НЗПРЭВ %, [абс. число] (52 чел.)	Р, группы
Мужчины		18,92 [7]	40,38 [21]	<b>0,03</b> <b>1&gt;2</b>
<b>Женщины</b>		<b>81,08 [30]</b>	<b>59,62 [31]</b>	
Возраст, лет	14-19	5,41 [2]	1,92 [1]	
	20-29	32,43 [12]	19,23 [10]	
	30-39	32,43 [12]	26,92 [14]	
	40-49	16,22 [6]	17,31 [9]	
	50-59	13,51 [5]	28,85 [15]	
	60-69	0 [0]	5,77 [3]	
<b>Средний возраст, лет</b>		<b>34,56±1,76</b>	<b>41,48 ± 1,74</b>	<b>0,008</b> <b>1&lt;2</b>

Большинство больных группы ВЗПЭМ (таблица 26) имело высшее ( $p < 0,01$ ), либо незаконченное высшее образование, в то время как в группе НЗПРЭВ - среднее специальное ( $p < 0,01$ ) и среднее образование.

Таблица 26. Сравнительный уровень образования в исследованных группах.

Показатели		Группа ВЗПРЭВ %, [абс. число] (37чел.)	Группа НЗПРЭВ %, [абс. число] (52 чел.)	Р, группы
Образование	Без образования	0	1,92 [1]	
	Начальное/ неполное среднее	0 [0]	3,85 [2]	
	Среднее	0 [0]	9,62 [5]	
	<b>Среднее специальное</b>	<b>10,81 [4]</b>	<b>23,08 [12]</b>	<b>0,01</b> <b>1&lt;2</b>
	Незаконченное высшее	16,22 [6]	1,92 [1]	
	<b>Высшее</b>	<b>72,97 [27]</b>	<b>59,62 [31]</b>	<b>0,01</b> <b>1&gt;2</b>

Другие исследовавшиеся социодемографические и некоторые общие характеристики отображены в таблице 27.

Таблица 27. Сравнительные социодемографические и некоторые общие характеристики исследованных групп больных.

Показатели		Группа ВЗПРЭВ %, [абс. число] (37чел.)	Группа НЗПРЭВ %, [абс. число] (52 чел.)	р, группы
Социальное положение, профессиональная занятость	Без определенных занятий	2,7 [1]	1,92 [1]	
	Имеет статус безработного	5,41[2]	5,77 [3]	
	Домохозяйка	13,51 [5]	3,85 [2]	
	Пенсионер по возрасту (не работает)	5,41[2]	1,92 [1]	
	Инвалид (не работает)	0 [0]	5,77 [3]	
	Учащийся/студент	13,51[5]	7,69 [4]	
	Неквалифицированный рабочий	0 [0]	3,85 [2]	
	Квалифицированный рабочий	2,7 [1]	11,54 [6]	
	Служащий госсектора	18,92 [7]	21,15 [11]	
	Служащий частного сектора	27,3 [10]	28,85 [15]	
	Предприниматель	8,11 [3]	5,77 [3]	
	Бизнесмен	0 [0]	1,92 [1]	
	Деятель науки/культуры	2,7 [1]	0 [0]	
Семейный статус	В браке не состоял(а)	29,73 [11]	15,38 [8]	
	Разведен (а)	16,22 [6]	13,46 [7]	
	Вдов (а)	2,70 [1]	13,46 [7]	
	Состоит в первичном браке	24,32 [9]	28,85 [15]	
	Состоит в повторном браке	10,81 [4]	15,38 [8]	
	Состоит в гражданском браке	16,22 [6]	13,46 [7]	
Наличие детей	Нет	48,65 [18]	25 [13]	
	1	27,03 [10]	44,23[23]	
	2 и более	24,32 [9]	30,77 [16]	
Наличие родителей	Нет	13,51 [5]	23,8 [12]	
	Мать	24,32 [9]	38,46 [20]	
	Отец	0 [0]	1,92 [1]	
	Мать и отец	56,76 [21]	36,54 [19]	
	Мачеха (и отец)	0 [0]	0 [0]	
	Отчим (и мать)	5,41 [2]	0 [0]	
Проживание в семье	Одинокий	13,51 [5]	3,85 [2]	
	Отдельно от семьи	8,11[3]	17,31[9]	
	С семьей	78,38 [29]	78,85 [41]	
Жилищные условия	Без места жительства	0[0]	0 [0]	
	Аренда	10,81 [4]	7,69 [4]	
	Общежитие/интернат	0 [0]	0 [0]	
	Коммунальная квартира	5,41 [2]	1,92 [1]	

Показатели		Группа ВЗПРЭВ %, [абс. число] (37чел.)	Группа НЗПРЭВ %, [абс. число] (52 чел.)	р, группы
	Отдельное/дом	83,78 [31]	90,38 [47]	
Материальное положение	Крайне низкое	0 [0]	0 [0]	
	Низкое	13,51[5]	15,38 [8]	
	Среднее	75,68 [28]	73,08 [38]	
	Высокое	10,81[4]	11,54 [6]	
Взаимоотношения с родственниками	Родственников нет	0 [0]	0 [0]	
	Формальные, нейтральные	5,41 [2]	19,23 [10]	
	Враждебные, конфликтные	8,11 [3]	11,54 [6]	
	Доброжелательные	51,35 [19]	51,92 [27]	
	Смешанные, неровные	35,14 [13]	17,31 [9]	
Досуг	Бесцельный, пассивный	21,62 [8]	34,62 [18]	
	Асоциальное время проведение	0 [0]	0 [0]	
	Хобби	70,27 [26]	59,62 [31]	
	Социально-активный	8,11 [3]	5,77 [3]	
Отношение к религии	Не верующий	10,81 [4]	7,69 [4]	
	Соблюдение религиозных отпращиваний	10,81[4]	17,31 [9]	
	Верующий «в душе»	67,57 [25]	65,38 [34]	
	Только в критических ситуациях	10,81 [4]	9,62 [5]	
	Фанатическая приверженность	0 [0]	0 [0]	
Сведения о суицидальных попытках	Не было	94,59[35]	96,15 [50]	
	Одна попытка	5,41 [2]	1,92 [1]	
	Две и более	0 [0]	1,92 [1]	
Амбулаторная помощь до настоящего обращения	Не обращался	59,46 [22]	67,31 [35]	
	К психиатру в частном порядке	10,81 [4]	9,62 [5]	
	Кабинет в поликлинике	21,62 [8]	17,31 [9]	
	В ПНД	0 [0]	0 [0]	
	К психологу	5,41 [2]	1,92 [1]	
	Другие формы	2,70[1]	3,85 [2]	
Диспансерное наблюдение в ПНД	Не состоял/не состоит	100[40]	100 [53]	
	Состоял/состоит	0 [0]	0 [0]	
	Нет сведений	0 [0]	0 [0]	
Предыдущие госпитализации	Не было	81,08 [30]	76,92 [40]	
	1	8,11[3]	15,38 [8]	
	2	5,41 [2]	1,92 [1]	
	3 и более	5,41 [2]	5,77 [3]	

Показатели		Группа ВЗПРЭВ %, [абс. число] (37чел.)	Группа НЗПРЭВ %, [абс. число] (52 чел.)	p, группы
Кто направил в данное учреждение	ПНД	0[0]	0 [0]	
	Психотерапевт поликлиники	35,14 [13]	30,77 [16]	
	Частный врач	2,70[1]	1,92 [1]	
	Психиатр КДО ПБ12	0 [0]	0 [0]	
	Другое подразделение Центра Сербского	8,11 [3]	5,77 [3]	
	Другой НИИ психиатрического профиля	0 [0]	0 [0]	
	Другое психиатрическое учреждение	0 [0]	0 [0]	
	Нарколог	0 [0]	0 [0]	
	Врач другой специальности, не психиатр	24,32 [9]	40,38 [21]	
	Самостоятельно обратился	27,03 [10]	19,23 [10]	
	Другие пути	2,70 [1]	1,92 [1]	

Как следует из представленных данных (таблица 27), достоверных различий по анализируемым параметрам между исследованными группами не было. Скорее можно было говорить о тенденциях, присущих каждой из исследованных групп.

В частности, социальное положение и профессиональная занятость больных обеих групп характеризовалась превалированием трудоустроенных над не работающими, учащимися и пенсионерами. При этом число неработающих было достаточно большим, достигая 40,5% в группе ВЗПРЭВ (в группе НЗПРЭВ - 26,9%, различия на уровне тенденции), что указывало на снижение профессиональной адаптации пациентов, более выраженное в группе ВЗПРЭВ.

Анализ семейного статуса выявил значительное число одиноких пациентов в группах ВЗПРЭВ и НЗПРЭВ (48,8 % и 42,4 %, соответственно), что отражало снижение социальной интеграции, характерное для всех больных.

Жилищные условия в обеих группах были хорошими, соответственно 83,8 % и 90,4% больных проживали в отдельной квартире, либо частном доме, у большинства из них (86,4% и 84,6%) было высокое и среднее материальное положение.

Примерно у половины всех больных были доброжелательные отношения в семье, большая часть активно проводила досуг, а пассивное времяпровождение отмечалось лишь примерно у трети из них.

К верующим в обеих группах относили себя около 90 % больных, две трети из которых характеризовали себя, как «верующих в душе».

Значительная часть пациентов (59,5% и 67,3%, соответственно) ранее не обращалась за амбулаторной психиатрической помощью, остальные получали ее в кабинете психотерапевта поликлиники, либо частным образом. До текущей госпитализации в ПНД никто из больных не обращался, несмотря на то, что около 3/ 4 из них уже проходили стационарное лечение в различных психиатрических клиниках от 1 до 3-х раз. Почти треть пациентов была направлена в ПБ №12 психотерапевтом поликлиники, примерно такая же часть обратилась за помощью по направлению врача иной специальности (невропатолога, терапевта и др.).

### 3.2. Анализ анамнестических данных больных.

Сравнительный анализ анамнестических сведений (таблица 28) позволил выявить ряд достоверных различий между исследовательскими группами больных, прослеживающихся еще с детского возраста.

Таблица 28. Сравнительные сведения об увлечениях, наклонностях в детстве у пациентов исследованных групп

Показатели		Группа 1 (ВЗПРЭВ) абс. число, [%] (37 чел.)	Группа 2 (НЗПРЭВ) абс. число, [%] (52 чел.)	р, группы
Увлечения, наклонности в детстве	Нет	0 [0]	4 [7,69]	<b>0,04</b> <b>1&lt;2</b>
	<b>Спорт</b>	<b>14 [37,84]</b>	<b>28 [53,85]</b>	
	Литература	5 [13,51]	3 [5,77]	<b>0,03</b> <b>1&gt;2</b>
	<b>Искусство (театр, живопись, музыка, танцы)</b>	<b>16 [43,24]</b>	<b>10 [19,23]</b>	
	Техника	1 [2,7]	3 [5,77]	
	Компьютерные игры	0 [0]	1 [1,92]	
	Коллекционирование	0 [0]	3 [5,77]	
Другое	1 [2,7]	0 [0]		

В частности, в группе ВЗПРЭВ основные детские увлечения составляли театр, живопись, музыка и танцы, в то время как в группе НЗПРЭВ преобладало занятие различными видами спорта ( $p < 0,04$ ).

Значительно более важные и значимые межгрупповые различия были установлены при анализе психических расстройств, встречающихся в детском и подростковом возрасте (таблица 29).

Таблица 29. Сравнительные сведения о психических расстройствах в детском и подростковом возрасте у пациентов исследованных групп

Показатели		Группа 1 (ВЗПРЭВ) абс. число, [%] (37 чел.)	Группа 2 (НЗПРЭВ) абс. число, [%] (52 чел.)	р, группы
<b>Психические расстройства в детском и подростковом возрасте (до 18 лет)</b>	Нет (не было)	15 [40,54]	24 [46,15]	
	Нервная анорексия/ булимия	2 [5,41]	0 [0]	
	<b>Бессонница /гиперсомния</b>	<b>5 [13,51]</b>	<b>1 [1,92]</b>	<b>0,03</b> <b>1&gt;2</b>
	<b>Снохождение</b>	<b>5 [13,51]</b>	<b>1 [1,92]</b>	<b>0,03</b> <b>1&gt;2</b>
	Кошмары /ужасы во время сна	8 [21,62]	5 [9,62]	
	Гиперкинетические расстройства	0 [0]	2 [3,85]	
	Тикозные расстройства	1 [2,7]	1 [1,92]	
	Энурез /энкопрез	3 [8,11]	1 [1,92]	
	Заикание	2 [5,41]	1 [1,92]	
	Тревожно-фобические расстройства	10 [27,03]	9 [17,31]	
	Обсессивно-компульсивные расстройства	1 [2,7]	1 [1,92]	
	Диссоциативные /конверсионные расстройства	1 [2,7]	2 [3,85]	
	Соматоформные расстройства	1 [2,7]	1 [1,92]	
	<b>Реакции на стресс /ПТСР /, нарушения адаптации</b>	<b>7 [18,92]</b>	<b>2 [3,85]</b>	<b>0,02</b> <b>1&gt;2</b>
	<b>Депрессивные расстройства</b>	<b>5 [13,51]</b>	<b>1 [1,92]</b>	<b>0,03</b> <b>1&gt;2</b>
	Астенический синдром	5 [13,51]	4 [7,69]	
	Головные боли, головокружения, обмороки	8 [21,62]	11 [21,15]	
Пароксизмальные расстройства (припадки)	1 [2,7]	0 [0]		
Нет сведений	0 [0]	1 [1,92]		

Психические нарушения в детском и подростковом возрасте отмечались в анамнезе более чем у половины пациентов обеих групп, однако в группе ВЗПРЭВ чаще регистрировались диссомнические расстройства и снохождение, сноговорение ( $p < 0,03$ ), различные виды реакций на стресс, ПТСР и нарушения

адаптации ( $p < 0,02$ ), а также депрессивные нарушения ( $p < 0,03$ ). Выявленные различия определенно указывали на повышенную уязвимость индивидуального барьера психической адаптации (Александровский Ю.А., 1976) у больных группы ВЗПРЭВ, проявляющуюся еще в детском, либо подростковом возрасте.

Дальнейший анализ анамнестических сведений позволил установить, что, несмотря на отсутствие межгрупповых различий, имелись их определенные особенности, присущие исследованным пациентам (таблица 30).

Таблица 30. Анализ анамнестических сведений исследованных групп больных

Показатели		Группа 1 (ВЗПРЭВ) абс. число, [%] (37 чел.)	Группа 2 (НЗПРЭВ) абс. число, [%] (52 чел.)	<b>p, группы</b>
Психические заболевания у родственников (одно или несколько)	Нет (не было)	24 [64,86]	32 [61,54]	
	Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства	4 [10,81]	2 [3,85]	
	Аффективные расстройства настроения	1 [2,7]	1 [1,92]	
	Эпилепсия	0 [0]	2 [3,85]	
	Сенильные и пресенильные расстройства	1 [2,7]	1 [1,92]	
	Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства	3 [8,11]	4 [7,69]	
	Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления ПАВ	2 [5,41]	5 [9,62]	
	Умственная отсталость	0 [0]	0 [0]	
	Прочие	1 [2,7]	2 [3,85]	
	Нет сведений	4 [10,81]	4 [7,69]	
Суицидальное поведение у родственников	Нет (не было)	31 [83,78]	43 [82,69]	
	Есть (было)	6 [16,22]	9 [17,31]	
Пре-, пери- и постнатальные вредности	Нет (не было)	24 [64,86]	29 [55,77]	
	Есть (были)	8 [21,62]	12 [23,08]	
	Нет сведений	5 [13,51]	11 [21,15]	
Кем воспитывался в детстве и юности	Матерью и отцом	15 [40,54]	22 [42,31]	
	Только матерью	15 [40,54]	20 [38,46]	
	Только отцом	1 [2,7]	3 [5,77]	
	Родственниками	6 [16,22]	7 [13,46]	
	Приемными родителями	0 [0]	0 [0]	
	В детском доме	0 [0]	0 [0]	

Показатели		Группа 1 (ВЗПРЭВ) абс. число, [%] (37 чел.)	Группа 2 (НЗПРЭВ) абс. число, [%] (52 чел.)	р, группы
Преобладающие тенденции воспитания	Требовательность, строгость	14 [37,84]	26 [50]	
	Гиперопека	10 [27,3]	5 [9,62]	
	Бесконтрольность	2 [5,41]	6 [11,54]	
	Безразличие, формализм	1 [2,7]	1 [1,92]	
	По типу «кумир семьи»	1 [2,7]	0 [0]	
	Антагонистические тенденции	0 [0]	0 [0]	
	Рациональный подход	9 [24,32]	14 [26,92]	
Нарушения поведения в детском и подростковом возрасте (до 18 лет)	Нет (не было)	23 [62,16]	34 [65,38]	
	Реакции оппозиции	4 [10,81]	6 [11,54]	
	Побеги из дома	4 [10,81]	1 [1,92]	
	Прогулы школы	11 [29,73]	8 [15,38]	
	Бродяжничество	0 [0]	0 [0]	
	Курение	5 [13,51]	3 [5,77]	
	Алкоголизация	0 [0]	3 [5,77]	
	Наркотизация	0 [0]	0 [0]	
	Ранний секс	4 [10,81]	4 [7,69]	
	Воровство	2 [5,41]	0 [0]	
	Поджоги	0 [0]	0 [0]	
	Другие правонарушения	0 [0]	0 [0]	
	Агрессивное поведение	0 [0]	1 [1,92]	
	Самоповреждения, суицидальные попытки	2 [5,41]	1 [1,92]	
	Другие нарушения поведения	0 [0]	2 [3,85]	
Нет сведений	0 [0]	1 [1,92]		
Преморбидные особенности личности	Без особенностей	9 [24,32]	13 [25]	
	Акцентуация личностных черт	13 [35,14]	23 [44,23]	
	Особенности личности:			
	• Параноидные	0 [0]	0 [0]	
	• Шизоидные	0 [0]	0 [0]	
	• Диссоциальные	0 [0]	1 [1,92]	
	• Эмоционально-неустойчивые:			
	– импульсивный тип	5 [13,51]	4 [7,69]	
	– пограничный тип	0 [0]	0 [0]	
	• Истерические	4 [10,81]	5 [9,62]	
	• Ананкастные	1 [2,7]	0 [0]	
	• Тревожные (уклоняющиеся)	1 [2,7]	2 [3,85]	
	• Зависимые (астенические)	0 [0]	1 [1,92]	
• Гипотимные, циклоидные	0 [0]	0 [0]		
• Смешанные (мозаичное)	1 [2,7]	1 [1,92]		
Расстройство личности	3 [8,11]	2 [3,85]		



Показатели		Группа 1 (ВЗПРЭВ) абс. число, [%] (37 чел.)	Группа 2 (НЗПРЭВ) абс. число, [%] (52 чел.)	р, группы
Перенесенные экзогенные вредности во взрослом возрасте (после 18 лет) до начала настоящего психического расстройства	Нет (не было)	9 [24,32]	19 [36,54]	
	ЧМТ легкие, средние	8 [21,62]	10 [19,23]	
	ЧМТ тяжелые	0 [0]	2 [3,85]	
	Нейроинфекции, интоксикации	1 [2,7]	3 [5,77]	
	Соматические, неврологические заболевания, физические травмы, операции	21 [56,76]	28 [53,85]	

Представленные данные свидетельствуют о высокой (до 40 % наблюдений) наследственной отягощенности больных обеих групп различными психическими заболеваниями, преимущественно алкоголизмом и шизофренией (порядка 10 %), а также невротами, психопатиями, реактивными состояниями (порядка 8%).

Пре- пери- и постнатальные вредности отмечались примерно в 20% наблюдений. Полноценное воспитание обоими родителями получило лишь около 40% больных. Подавляющими тенденциями в воспитании были требовательность и гиперопека, тогда как рациональный подход встречался только у четверти пациентов. Полученные данные интерпретировались нами в рамках представлений Г.Е. Сухаревой (1959) и А.И. Захарова (1988) о неблагоприятной семейной обстановке и таком связанном с ней социально-психологическом факторе, как неправильный тип воспитания - часто встречающихся в анамнезе у пациентов с НПР.

Совокупность перечисленных факторов, а также перенесенные в детском и подростковом возрасте более чем половиной больных различные экзогенные вредности (соматические, неврологические заболевания, травмы и операции, ЧМТ различной степени тяжести), вероятно, способствовали формированию в последующем таких преморбидных черт, как повышенная тревожность, несамостоятельность, эгоцентричность, эмоциональная неустойчивость и импульсивность - достигавших уровня личностных акцентуаций примерно в 40% наблюдений. Эти данные согласуются с концепцией о роли преморбидных

особенностей личности как благоприятной почвы для возникновения и развития различных психических нарушений.

### 3.3. Клиническая оценка состояния.

Подробный клинический анализ состояния больных (таблица 31) позволил установить, что 1 и 2 исследованные группы достоверно не различались по ведущим клиническим характеристикам НПР (нозологическим, синдромологическим). Тем не менее, имелись некоторые клинические особенности, характерные как для всех исследованных, так и для каждой из групп.

Таблица 31. Сравнительная клиническая оценка состояния здоровья пациентов обеих исследовательских групп (табличные методы,  $p > 0,05$ )

Показатели		Группа 1 (ВЗПРЭВ) абс. число, [%] (37 чел.)	Группа 2 (НЗПРЭВ) абс. число, [%] (52 чел.)	р, группы
Возраст к началу данного психического расстройства	До 14 лет	3 [8,11]	1 [1,92]	
	14 – 19	6 [16,22]	7 [13,46]	
	20 – 29	14 [37,84]	11 [21,15]	
	30 – 39	8 [21,62]	13 [25]	
	40 – 49	6 [16,22]	13 [25]	
	50 – 59	0 [0]	6 [11,54]	
	60 – 69	0 [0]	1 [1,92]	
Длительность данного психического расстройства (на момент обследования)	До 1 месяца	2 [5,41]	2 [3,85]	
	1-3 месяца	2 [5,41]	11 [21,15]	
	3-6 месяцев	7 [18,92]	3 [5,77]	
	6 месяцев – 1 год	4 [10,81]	4 [7,69]	
	1-2 года	4 [10,81]	8 [15,38]	
	2-5 лет	7 [18,92]	10 [19,23]	
	5-10 лет	3 [8,11]	6 [11,54]	
	более 10 лет	7 [18,92]	8 [15,38]	
	Не установлено	1 [2,7]	0 [0]	
Психическое состояние (ведущий психопатологический синдром)	Астенический (гипостенический)	1 [2,7]	2 [3,85]	
	Раздражительной слабости	0 [0]	2 [3,85]	
	Цефалгия	0 [0]	1 [1,92]	
	Тревожный (генерализованный, панический)	0 [0]	3 [5,77]	
	Тревожно-фобический, фобический	1 [2,7]	2 [3,85]	
	Обсессивно-фобический	1 [2,7]	1 [1,92]	

Показатели		Группа 1 (ВЗПРЭВ) абс. число,[%] (37 чел.)	Группа 2 (НЗПРЭВ) абс. число,[%] (52 чел.)	р, группы
	Обсессивно-компульсивный	1 [2,7]	0 [0]	
	Соматоформный недифференцированный синдром	0 [0]	2 [3,85]	
	Эмоциональная лабильность	1 [2,7]	0 [0]	
	Депрессия витальная (тоскливая)	0 [0]	1 [1,92]	
	Депрессия астеническая	5 [13,51]	9 [17,31]	
	Депрессия апатическая, адинамическая	2 [5,41]	1 [1,92]	
	Депрессия тревожная	16 [43,24]	19 [36,54]	
	Депрессия ипохондрическая	2 [5,41]	4 [7,69]	
	Депрессия психогенного типа /истерическая	4 [10,81]	3 [5,77]	
	Личностные расстройства:			
• эмоционально неустойчивое	1 [2,7]	1 [1,92]		
• истерическое	1 [2,7]	0 [0]		
• смешанное	1 [2,7]	0 [0]		
Степень выраженности (тяжести) ведущего синдрома	Слабая (легкая)	2 [5,41]	0 [0]	
	Умеренная (средняя)	2 [5,41]	5 [9,62]	
	Глубокая (тяжелая)	33 [89,19]	47 [90,38]	
Наличие суицидальных тенденций (в течение последнего месяца)	Нет (не было)	31 [83,78]	49 [94,23]	
	Антивитальные переживания	3 [8,11]	2 [3,85]	
	Пассивные суицидальные мысли	3 [8,11]	1 [1,92]	
Динамика суицидальных тенденций (в течение последнего месяца)	Суицидальных тенденций нет (не было)	32 [86,49]	48 [92,31]	
	Постоянная глубина	1 [2,7]	0 [0]	
	Нарастание	0 [0]	0 [0]	
	Уменьшение	2 [5,41]	2 [3,85]	
	Колебания глубины	2 [5,41]	1 [1,92]	
Не установлено	0 [0]	1 [1,92]		
Диагноз основного психического расстройства – МКБ-10	F0.Органическое непсихотическое расстройство	4 [10,81]	10 [19,23]	
	F3.Аффективное непсихотическое расстройство (биполярное, рекуррентное)	15 [40,54]	14 [26,92]	
	Реактивная депрессия	6 [13,51]	3 [5,77]	
	Дистимия	2 [5,41]	3 [5,77]	
	F4.Тревожно-фобическое расстройство	2 [5,41]	2 [3,85]	
	Другое тревожное	0 [0]	5 [9,62]	

Показатели		Группа 1 (ВЗПРЭВ) абс. число,[%] (37 чел.)	Группа 2 (НЗПРЭВ) абс. число,[%] (52 чел.)	р, группы
	<p>расстройство (генерализованное, паническое, смешанное)</p> <p>Обсессивно-компульсивное расстройство</p> <p>Расстройство адаптации</p> <p>Соматоформное недифференцированное р-во</p> <p>Ипохондрическое расстройство</p> <p>Хроническое болевое соматоформное р-во</p> <p>Неврастения</p> <p>Ф6.Расстройство личности (психопатия)</p>	<p>1 [2,7]</p> <p>3 [8,11]</p> <p>0 [0]</p> <p>1 [2,7]</p> <p>0[0]</p> <p>0[0]</p> <p>3 [8,11]</p>	<p>0 [0]</p> <p>6 [11,54]</p> <p>2 [3,85]</p> <p>1 [1,92]</p> <p>2 [3,85]</p> <p>1 [1,92]</p> <p>3 [5,77]</p>	
<p>Диагноз осложняющего (сопутствующего) психического расстройства</p>	<p>Нет</p> <p>Органическое поражение ЦНС, «органическая почва», соматогения</p> <p>Аффективное расстройство</p> <p>Расстройство личности</p>	<p>19 [51,35]</p> <p>16 [43,24]</p> <p>0 [0]</p> <p>2 [5,41]</p>	<p>21 [40,38]</p> <p>25 [48,08]</p> <p>2 [3,85]</p> <p>4 [7,69]</p>	
<p>Соматическое состояние на момент обследования (ведущая патология или сочетание)</p>	<p>Патологии нет</p> <p>Заболевания:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• костей и суставов</li> <li>• сердечно-сосудистой системы</li> <li>• органов дыхания</li> <li>• органов пищеварения</li> <li>• печени и желчных путей</li> <li>• почек и мочевыводящих путей</li> <li>• системы крови</li> <li>• эндокринных желез (в т.ч. диабет)</li> <li>• обмена (в т.ч. недостаточность питания, витаминов)</li> <li>• уха, горла, носа</li> <li>• органов зрения</li> <li>• гинекологические</li> <li>• мужской половой системы</li> <li>• травматологическое, ортопедическое</li> <li>• аллергическое</li> </ul>	<p>15 [40,54]</p> <p>1 [2,7]</p> <p>12 [32,43]</p> <p>5 [13,51]</p> <p>6 [16,22]</p> <p>4 [10,81]</p> <p>4 [10,81]</p> <p>1 [2,7]</p> <p>4 [10,81]</p> <p>0 [0]</p> <p>3 [8,11]</p> <p>2 [5,41]</p> <p>5 [13,51]</p> <p>0 [0]</p> <p>1 [2,7]</p> <p>1 [2,7]</p>	<p>13 [26,92]</p> <p>5 [9,62]</p> <p>15 [28,85]</p> <p>2 [3,85]</p> <p>16 [30,77]</p> <p>8 [15,38]</p> <p>8 [15,38]</p> <p>0 [0]</p> <p>5 [9,62]</p> <p>1 [1,92]</p> <p>1 [1,92]</p> <p>4 [7,69]</p> <p>4 [7,69]</p> <p>1 [1,92]</p> <p>2 [3,85]</p> <p>3 [5,77]</p>	

Показатели		Группа 1 (ВЗПРЭВ) абс. число,[%] (37 чел.)	Группа 2 (НЗПРЭВ) абс. число,[%] (52 чел.)	р, группы
<b>Степень выраженности соматической патологии</b>	Патологии нет	15 [40,54]	13 [25]	<b>0,04</b> <b>1&gt;2</b>
	Легкая	17 [45,94]	23 [44,23]	
	<b>Средняя</b>	<b>5 [13,51]</b>	<b>16 [30,77]</b>	
Течение (стадия) основного соматического заболевания	Соматических заболеваний нет	15 [40,54]	13 [25]	
	Хроническое в стадии обострения	1 [2,7]	3 [5,77]	
	Хроническое вне обострения	21 [56,76]	31 [59,62]	
	Резидуальное состояние (в т.ч. после операции)	0 [0]	5 [9,62]	
Длительность основного соматического заболевания (на момент обследования)	Соматических заболеваний нет	15 [40,54]	13 [25]	
	До 1 года	0 [0]	1 [1,92]	
	1-2 год	0 [0]	6 [11,54]	
	2-5 лет	5 [13,51]	6 [11,54]	
	5-10 лет	7 [18,92]	6 [11,54]	
	более 10 лет	9 [24,32]	14 [26,92]	
	В течение всей жизни	1 [2,7]	6 [11,54]	
Неврологическое состояние (ведущая патология или сочетание)	Патологии не выявлено	32 [86,49]	44 [84,62]	
	Патология черепно-мозговых нервов:			
	• группа глазодвигательных нервов (III, IV, VI)	1 [2,7]	0 [0]	
	• Двигательные расстройства	0 [0]	2 [3,85]	
	• периферический парез	0 [0]	1 [1,92]	
	Расстройства чувствительности	1 [2,7]	1 [1,92]	
	Дорсопатия	1 [2,7]	3 [5,77]	
	Синдром повышенного внутричерепного давления	3 [8,11]	1 [1,92]	
	Вегетативные расстройства:			
	• симпато-адреналовые	1 [2,7]	2 [3,85]	
• вагоинсулярные				
<b>Степень выраженности неврологического расстройства</b>	Неврологической патологии нет	32 [86,49]	44 [84,62]	<b>0,05</b> <b>1&lt;2</b>
	Легкая	1 [2,7]	7 [13,46]	
	<b>Средняя</b>	<b>4 [10,81]</b>	<b>1 [1,92]</b>	
Течение (стадия) основного неврологического заболевания	Неврологических заболеваний нет	32 [86,49]	44 [84,62]	
	Хроническое вне обострения	4 [10,81]	6 [11,54]	
	Резидуальное состояние	1 [2,7]	2 [3,85]	

Показатели		Группа 1 (ВЗПРЭВ) абс. число,[%] (37 чел.)	Группа 2 (НЗПРЭВ) абс. число,[%] (52 чел.)	р, группы
Длительность основного неврологического заболевания (на момент обследования)	Неврологических заболеваний нет	32 [86,49]	44 [84,62]	
	1-2 года	1 [2,7]	1 [1,92]	
	2-5 лет	0 [0]	1 [1,92]	
	5-10 лет	2 [5,41]	1 [1,92]	
	> 10 лет	2 [5,41]	4 [7,69]	
	В течение всей жизни	0 [0]	1 [1,92]	

В частности, полученные данные свидетельствовали о том, что психические расстройства у большинства больных начинались в молодом и среднем возрасте, тогда как в 1 группе (ВЗПРЭВ) - преимущественно в молодом. В этой же группе отмечалась тенденция к более продолжительному течению заболевания.

Анализ распределения больных по основным нозологическим группам МКБ-10 позволил установить, что наиболее частыми были расстройства настроения (аффективные расстройства, F31-F34) (59,4 % и 38,5% случаев в 1 и 2 группах, соответственно). Реже встречались невротические, связанные со стрессом и соматизированные расстройства (F40-F48) (18,9% и 36,8%) и органические непсихотические расстройства (F06) (10,8% и 19,2%), а самую малую часть составили случаи расстройства зрелой личности и поведения у взрослых (F60-F61) (8,1% и 5,8%).

Оценка распределения пациентов по основным группам ведущих психопатологических расстройств выявила преобладание депрессивных нарушений (81% и 73% случаев в группах 1 и 2, соответственно), среди их основных клинических вариантов чаще других встречались тревожный (43,2% и 36,5%), астенический (13,5% и 17,31%), истерический (10,8% и 5,8%), в то время как типичная тоскливая (витальная) депрессия отмечена лишь в одном наблюдении. Текущие депрессивные расстройства у большинства больных не сопровождались суицидальными тенденциями (83,8% и 94,2%).

Среди других групп ведущих психопатологических нарушений диагностировались тревожные, фобические, обсессивные (8,1% и 11,6%),

личностные расстройства (8,1% и 1,9%), астенические (2,7% и 7,7%) и соматоформные в 5,8% случаев (во 2 группе).

Следует отметить значительную тяжесть ведущих психопатологических проявлений у подавляющего большинства больных обеих групп (89,1 % и 90,3%, соответственно).

Сопутствующими психическими нарушениями, отмеченными у большого числа больных (до половины наблюдений), обычно выступали органическое поражение ЦНС различного генеза (43,2% и 48,1) и расстройства личности (5,4% и 7,7%).

Выявленная близость изученных групп, с одной стороны, позволяла решать в них стоящие перед исследованием задачи, получая статистически значимые и надежные результаты, с другой, указывала на то, что особенности эмоционального реагирования, клинически проявляющиеся симптомами повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости, практически во всем диапазоне НПР, являются нозо- и синдромо- неспецифическим, относительно самостоятельным феноменом, лишь вкрапляющимся в различные синдромы, влияющим на их оформление и, соответственно, имеющим прогностическое и терапевтическое значение.

Подробный анализ соматического и неврологического состояния, пациентов на момент исследования, базирующийся как на анамнестических данных, так и на заключениях соответствующих специалистов, установил ряд особенностей исследованных групп.

В частности, различная соматическая патология также имелась у большого числа больных (59,5% наблюдений в 1 группе и 73,1% во 2 группе). Наиболее распространенными были сердечно-сосудистые заболевания (32,4% и 28,9%) и болезни органов пищеварения (16,2% и 30,8%), протекающие, как правило, хронически (более 10 лет), либо на протяжении всей жизни (27% и 38,4% случаев, соответственно).

Тем не менее, группы достоверно различались по степени тяжести имеющихся соматических расстройств. У пациентов из 1 группы (ВЗПРЭВ) она была меньше, средняя степень тяжести отмечалась лишь у 13,5%, в то время как в 2 группе – у 30,7% ( $p < 0,04$ ).

Неврологические нарушения встречались в обеих группах существенно реже (13,5% наблюдений в 1 группе (ВЗПРЭВ) и 15,4% во 2 группе (НЗПРЭВ). Наиболее частыми были пароксизмальные вегетативные расстройства (симпато-адреналовые в 8,1% случаев и 1,9% случаев, вагоинсулярные в 2,7% случаев и 3,9% случаев, соответственно), внутричерепная гипертензия (2,7% и 5,8% случаев), еще реже (1-2% случаев) - дорсопатия, чувствительные и периферические двигательные расстройства, патология черепно-мозговых нервов. Имеющиеся нарушения, как правило, протекали хронически (у 5,4% и 7,7% пациентов).

Следует отметить, что изученные группы различались по степени ее тяжести. В 1 группе она была достоверно больше, средняя степень тяжести неврологических расстройств отмечена у 10,8% больных, в отличие от 2 группы, где она встречалась лишь у 1,9% пациентов ( $p < 0,05$ ).

#### **3.4. Сравнительная оценка реакций больных на стрессовые (психогенные) события у больных в исследованных группах.**

Специальному анализу в исследованных группах были подвергнуты перенесенные ранее и актуальные в период обследования больного стрессовые события, что позволило уточнить и дополнить предположение об уязвимости индивидуального барьера психической адаптации у больных 1 группы (ВЗПРЭВ).

Установлено, что достоверно большее ( $p < 0,003$ , табличные методы) число пациентов из 1 группы перенесли в прошлом свыше 4-х стрессовых событий, по сравнению с 2 группой (таблица 32), что могло свидетельствовать о снижении толерантности и своеобразной «сенсбилизации» к психогениям в 1 группе.



Таблица 32. Число стрессовых событий, перенесенных до начала заболевания в исследованных группах больных.

Число стрессовых событий	Группа 1 Абс., (%) (37 чел.)	Группа 2 Абс., (%) (52 чел.)	Р, группы
Одно	37 (100)	52 (100)	-
Два	30 (83,33)	46 (88,46)	-
Три	24 (64,86)	34 (65,38)	-
Четыре	21 (56,76)	19 (36,54)	0,058 (тенденция)
<b>Пять</b>	<b>17 (45,95)</b>	<b>9 (17,31)</b>	<b>0,003 (1&gt;2)</b>

Более молодой возраст больных 1 группы, в котором переносились предшествующие (вторая и две последующих) психотравмирующие ситуации ( $p < 0,01$ , t- критерий), подтверждает эти находки, дополнительно указывая на рано проявляющуюся уязвимость индивидуального барьера психической адаптации (таблица 33).

Таблица 33. Средний возраст, в котором переносились стрессовые события в исследованных группах больных

Стрессовые события	Средний возраст (лет)		Р, группы
	Группа 1 Абс., (%) (37 чел.)	Группа 2 Абс., (%) (52 чел.)	
Первое	21,72	24,78	-
<b>Второе</b>	<b>24,25</b>	<b>31,75</b>	<b>0,01 (1&lt;2)</b>
<b>Третье</b>	<b>25,86</b>	<b>34,54</b>	<b>0,01 (1&lt;2)</b>
<b>Четвертое</b>	<b>27,42</b>	<b>35,38</b>	<b>0,01 (1&lt;2)</b>
Пятое	31,23	36,57	-

Полученная сравнительная характеристика основных показателей актуального стрессового события свидетельствовала о сходстве 1 и 2 группы больных. В частности, в обеих преобладал пролонгированный характер возникновения стрессового события (73 % и 55,8% случаев, соответственно), актуальный психотравмирующий конфликт отличался продолжительностью (год и более, в 73% и 63,5 % случаев), большинством пациентов субъективно оценивался, как травмирующее событие средней степени тяжести (67,6% и 59,7% случаев), реально произошедшее (89,2% и 88,5% случаев), локализующееся вовне (54,1% и 65,4% случаев), преимущественно в семейной, личной, либо профессиональной сфере (59,5; 37,9; 35,1 % и 57,7; 21,2; 23,1 % случаев,

соответственно) (таблица 34).

Таблица 34. Сравнительная характеристика основных показателей настоящего стрессового события у пациентов 1 и 2 исследованных групп

Показатели		Группа 1 %, абс. число (37 чел.)	Группа 2 %, абс. число (52 чел.)	Р, группы
Характер возникновения стрессового события	Внезапный	8 [21,62]	14 [26,92]	
	Острый	2 [5,41]	9 [17,31]	
	Пролонгированный	27 [72,97]	29 [55,77]	
Длительность актуального конфликта/травмы	Несколько часов	3 [8,11]	4 [7,69]	
	До суток	1 [2,70]	0 [0]	
	До 1 месяца	2 [5,41]	5 [9,62]	
	До ½ года	5 [13,51]	9 [17,31]	
	До 1 года	5 [13,51]	5 [9,62]	
	Более 1 года	21 [56,76]	28 [53,85]	
	Не установлено	0 [0]	1 [1,92]	
Субъективная оценка тяжести события	Крайне тяжелое (непереносимое)	1 [2,70]	3 [5,77]	
	Тяжелое	11 [29,73]	17 [32,69]	
	Средней тяжести	25 [67,57]	31 [59,62]	
	Не установлено	0 [0]	1 [1,92]	
Реальность конфликта (события)	Реальный	20 [54,05]	34 [65,38]	
	Условно (относительно) реальный	2 [5,41]	3 [5,77]	
	Обусловленный патологическими переживаниями	15 [40,54]	14 [26,92]	
Локализация конфликта	Внешний	0 [0]	1 [1,92]	
	Внутренний	8 [21,62]	12 [23,08]	
	Смешанный	14 [37,84]	11 [21,15]	
	Не установлено	4 [10,81]	3 [5,77]	
Сфера конфликта	Витальная (здоровье)	22 [59,46]	30 [57,69]	
	Личная	13 [35,14]	12 [23,08]	
	Интимная/сексуальная	3 [8,11]	1 [1,92]	
	Семейная	5 [13,51]	2 [3,85]	
	Профессиональная (учебная)	1 [2,70]	3 [5,77]	
	Коммунально-бытовая	4 [10,81]	1 [1,92]	
	Материальная	33 [89,19]	46 [88,46]	
	Административно-правовая	3 [8,11]	3 [5,77]	
Морально-этическая	1 [2,70]	3 [5,77]		
Свершенность события (вероятность)	Событие свершилось	46 [88,46]	33 [89,19]	
	Угрожаемое (высокая вероятность)	3 [5,77]	3 [8,11]	
	Потенциальная вероятность свершения в будущем	3 [5,77]	1 [2,70]	

Сравнительный анализ некоторых психологических параметров актуального стрессового события позволил выявить значимые различия между группами, прежде всего в таких важных характеристиках, как содержание

текущего психотравмирующего конфликта или ситуации, субъективное значение данного события, его эмоционально-ценностное переживание, источники социальной поддержки (таблица 35).

Таблица 35. Сравнительная психологическая оценка настоящего стрессового события (психогении, психотравмы, конфликта) у пациентов 1 и 2 исследованных групп

Показатели		Группа 1 %, абс. число (37 чел.)	Группа 2 %, абс. число (52 чел.)	<b>P, группы</b>
<b>Содержание главного текущего или недавнего конфликта или психотравмирующей ситуации</b> (одно или несколько)	Соматическое заболевание, физическое страдание, операция, медицинское вмешательство	7 [18,92]	12 [23,08]	<b>0,025 1&gt;2</b>
	Инвалидность	1 [2,70]	0 [0]	
	Физический недостаток, увечье, уродство, телесное повреждение	0 [0]	1 [1,92]	
	Смерть близкого человека	6 [16,22]	9 [17,31]	
	<b>Болезнь членов семьи, близких</b>	<b>8 [21,62]</b>	<b>3 [5,77]</b>	
	Конфликт с супругом	14 [37,84]	11 [21,15]	
	Ревность, измена (супруга, партнера)	4 [10,81]	2 [3,85]	
	Развод (фактический разрыв супружеских отношений)	3 [8,11]	5 [9,62]	
	Конфликт в семье с детьми, родителями, другими родственниками	6 [16,22]	11 [21,15]	
	Сексуальные проблемы	1 [2,70]	3 [5,77]	
	Беременность (аборт)	2 [5,41]	0 [0]	<b>0,031 1&gt;2</b>
	<b>Разрыв партнерских отношений</b>	<b>5 [13,51]</b>	<b>1 [1,92]</b>	
	Неразделенная любовь	4 [10,81]	0 [0]	
	Невозможность найти работу / поступить в учебное заведение	4 [10,81]	1 [1,92]	
	Напряженная работа / учеба	6 [16,22]	8 [15,38]	
	Конфликт на работе / в учебном заведении	6 [16,22]	5 [9,62]	
	Потеря работы / отчисление из учебного заведения	4 [10,81]	5 [9,62]	
	Угроза увольнения / отчисления	2 [5,41]	3 [5,77]	
	Изменение служебного положения (ответственности)	0 [0]	1 [1,92]	
	Потеря социального статуса, престижа	4 [10,81]	3 [5,77]	
	Несостоятельность в какой-либо сфере, неудача	3 [8,11]	1 [1,92]	
	Материальное неблагополучие (изменение финансового положения, наличие долгов)	3 [8,11]	3 [5,77]	
	Потеря имущества (жилья, денег, другой материальный ущерб)	2 [5,41]	0 [0]	

Показатели		Группа 1 %, абс. число (37 чел.)	Группа 2 %, абс. число (52 чел.)	Р, группы	
	<b>Изменение привычного образа жизни, места жительства, бытовых условий</b>	<b>5 [13,51]</b>	<b>1 [1,92]</b>	<b>0,031 1&gt;2</b>	
	Судебная, административная, дисциплинарная ответственность	2 [5,41]	0 [0]		
	Неблаговидный поступок, поведение (собственное)	0 [0]	1 [1,92]		
	Недоброжелательное отношение окружающих	3 [8,11]	2 [3,85]		
	Угроза жизни, безопасности не связанная с болезнью	0 [0]	1 [1,92]		
	Несчастный случай, авария, катастрофа	1 [2,70]	0 [0]		
	<b>Одиночество, социальная изоляция</b>	<b>5 [13,51]</b>	<b>1 [1,92]</b>		<b>0,031 1&gt;2</b>
	Разлука	1 [2,70]	0 [0]		
	Страдания и несчастья других	2 [5,41]	0 [0]		
	Неудовлетворенность поведением или личными качествами значимых близких	7 [18,92]	6 [11,54]		
	Другие	0 [0]	3 [5,77]		
<b>Субъективное значение данного события (ситуации)</b> (одно или несколько)	Унижение, оскорбление, отвержение, злонамеренность, враждебность	12 [32,43]	15 [28,85]	<b>0,003 1&gt;2</b>	
	<b>Необоснованные претензии, требования</b>	<b>15 [40,54]</b>	<b>7 [13,46]</b>		
	Обвинение, осуждение	8 [21,62]	4 [7,69]		
	Предательство, измена, неверность, ложь, обман	9 [24,32]	11 [21,15]		
	Ограничение свободы, независимости, нарушение прав	5 [13,51]	5 [9,62]		
	Препятствие к достижению желаемого	13 [35,14]	14 [26,92]		
	<b>Невнимание, непонимание, игнорирование</b>	<b>19 [51,35]</b>	<b>8 [15,38]</b>		<b>0,0002 1&gt;2</b>
	Разочарование, не оправдавшееся ожидание	20 [54,05]	20 [38,46]		
	Утрата, потеря близких	6 [16,22]	13 [25]		
	Разрыв высоко значимых отношений	9 [24,32]	13 [25]		
	Угроза собственной жизни, здоровью, безопасности	3 [8,11]	8 [15,38]		
	Угроза жизни, здоровью, безопасности других	3 [8,11]	6 [11,54]		
	Угроза благополучию	9 [24,32]	10 [19,23]		
	<b>Несостоятельность, неуспех, провал</b>	<b>15 [40,54]</b>	<b>8 [15,38]</b>		

Показатели		Группа 1 %, абс. число (37 чел.)	Группа 2 %, абс. число (52 чел.)	Р, группы
	Невезение, проигрыш	3 [8,11]	4 [7,69]	
	Непоправимая ошибка, неверный шаг	3 [8,11]	3 [5,77]	
	Уязвленное самолюбие, гордость	8 [21,62]	6 [11,54]	
	Социальная несправедливость, незащищенность	4 [10,81]	5 [9,62]	
	Утрата духовных ценностей, интересов, смысла жизни	3 [8,11]	2 [3,85]	
	Утрата самооценности, самопрятия, самоуважения	8 [21,62]	7 [13,46]	
<b>Эмоционально-ценностное переживание события (ситуации)</b> (одно или несколько)	<b>Раздражение, недовольство</b>	<b>27 [72,97]</b>	<b>24 [46,15]</b>	<b>0,011</b> <b>1&gt;2</b>
	Возмущение, отвращение, ненависть, злоба, гнев, агрессия	18 [48,65]	16 [30,77]	
	Настороженность, недоверие, подозрение	12 [32,43]	10 [19,23]	
	Презрение	8 [21,62]	0 [0]	
	Зависть	4 [10,81]	1 [1,92]	
	<b>Отчаяние, безнадежность</b>	<b>21 [56,76]</b>	<b>11 [21,15]</b>	<b>0,0005</b> <b>1&gt;2</b>
	Печаль, грусть, тоска, пессимизм	26 [70,27]	31 [59,62]	
	Чувство одиночества, покинутости	14 [37,84]	15 [28,85]	
	<b>Обида, унижение, жалость (к себе)</b>	<b>22 [59,46]</b>	<b>16 [30,77]</b>	<b>0,007</b> <b>1&gt;2</b>
	Сострадание (к другим)	7 [18,92]	5 [9,62]	
	Стыд, раскаяние, вина	8 [21,62]	7 [13,46]	
	<b>Сожаление</b>	<b>14 [37,84]</b>	<b>8 [15,38]</b>	<b>0,015</b> <b>1&gt;2</b>
	<b>Растерянность, беспомощность</b>	<b>19 [51,35]</b>	<b>9 [17,31]</b>	<b>0,0006</b> <b>1&gt;2</b>
	Беззащитность	9 [24,32]	5 [9,62]	
	Тревога, страх, испуг, боязнь	23 [62,16]	23 [44,23]	
	Покорность	1 [2,7]	1 [1,92]	
	Усталость, бессилие, измученность	22 [59,46]	24 [46,15]	
	<b>Отрешенность, безразличие, равнодушие, опустошенность, скука</b>	<b>15 [40,54]</b>	<b>7 [13,46]</b>	<b>0,0035</b> <b>1&gt;2</b>
	Самоирония	4 [10,81]	3 [5,77]	
	Воодушевление	1 [2,7]	2 [3,85]	
Самодовольство	0 [0]	1 [1,92]		
Общая оценка социальных ресурсов пациента (возможностей социальной поддержки)	Нет ресурсов	1 [2,7]	2 [3,85]	
	Слабые	12 [32,43]	14 [26,92]	
	Хорошие	22 [59,46]	34 [65,38]	
	Сильные (значительные)	2 [5,41]	2 [3,85]	

Показатели		Группа 1 %, абс. число (37 чел.)	Группа 2 %, абс. число (52 чел.)	Р, группы
<b>Источники социальной поддержки (главная сфера социальных ресурсов или сочетание)</b>	<b>Нет</b>	<b>5 [13,51]</b>	<b>1 [1,92]</b>	<b>0,006 1&gt;2 0,03 1&lt;2</b>
	<b>Семья</b>	<b>16 [43,24]</b>	<b>34 [65,38]</b>	
	Друзья, близкие	14 [37,84]	23 [44,23]	
	Работа, сотрудники	2 [5,41]	7 [13,46]	
	Официальные органы	1 [2,7]	1 [1,92]	
	Общественные организации	1 [2,7]	0 [0]	
	Собственные материальные ресурсы	7 [18,92]	12 [23,08]	
Отношение окружающих (родных и близких) к пациенту в данной ситуации	Положительное (сочувствие, поддержка)	26 [70,27]	42 [80,77]	
	Отрицательное (осуждение, отвержение)	4 [10,81]	2 [3,85]	
	Нейтральное (безразличие, игнорирование)	1 [2,7]	6 [11,54]	
	Антагонистическое («за» и «против»)	6 [16,22]	2 [3,85]	

Для пациентов 1 группы (ВЗПРЭВ) были идентифицированы специфические и чаще встречавшиеся при сравнении со 2 группой (НЗПРЭВ), особенности содержания психогении: болезнь членов семьи или близких ( 21,6% и 5,8% случаев,  $p < 0,025$ ), разрыв партнерских отношений (13,5% и 1,9% случаев,  $p < 0,03$ ), изменение привычного образа жизни и бытовых условий (13,5% и 1,9% случаев,  $p < 0,03$ ), одиночество и социальная изоляция (13,5% и 1,9% случаев,  $p < 0,03$ ).

Психотравмирующие события в этой группе обычно субъективно воспринимались, как невнимание, непонимание, игнорирование (51,4% и 15,4% случаев,  $p < 0,0002$ ), необоснованные претензии и требования (40,5% и 13,5% случаев,  $p < 0,003$ ), либо как несостоятельность, неуспех, провал (40,5% и 15,4% случаев,  $p < 0,007$ ).

Эмоционально-ценностные переживания ситуации чаще проявлялись в виде раздражения и недовольства (73% и 46,2 % случаев,  $p < 0,011$ ), обиды, унижения, жалости к себе (59,5% и 30,8% случаев,  $p < 0,007$ ), отчаяния и безнадежности (56,8% и 21,2% случаев,  $p < 0,0005$ ), растерянности и беспомощности (51,4% и 17,3% случаев,  $p < 0,0006$ ), отрешенности, опустошенности, безразличия,

равнодушия (40,5% и 13,5% случаев,  $p < 0,0035$ ).

При достаточно хороших, в целом, социальных ресурсах в обеих группах (в 59,5 % и 65,4% наблюдений), в 1 группе (ВЗПРЭВ) значительное число больных указывало на отсутствие источников социальной поддержки (13,5% и 1,9% случаев,  $p < 0,006$ ), в то время как во 2 группе (НЗПРЭВ) для большинства таким источником служила семья (65,4% и 43,2% наблюдений,  $p < 0,03$ ).

Полученные данные могут рассматриваться в русле концепции психической травмы Р.Левина (1997,1998), интегрировавшего соответствующие знания в области не только психологии и психотерапии, но и биологии, психофизиологии, а также нейропсихологии, с позиции которой неразрешенные травматические события оставляют последствия в виде разнообразных травматических симптомов, чаще в виде гипервозбуждения и беспомощности, которые могут принимать участие в формировании клинической картины психических расстройств.

Результаты свидетельствуют, что клинические проявления повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости связаны с реакциями на травматические события и имеют психогенные механизмы. Эти связи существуют у обеих описываемых групп, но в большей степени выражены у 1 группы. Установлен и кумулятивный эффект травматических событий в этой группе: раздражительность и эмоциональная возбудимость более выражена, клинические симптомы НПР носят хронический характер, формировались в течение более длительного времени.

Как показали полученные данные, пациенты 1 группы (ВЗПРЭВ) переживали существенно большее количество стрессовых (травматических) событий, которые переносились ими в более молодом возрасте, по сравнению с пациентами 2 группы (НЗПРЭВ).

Согласно вышеупомянутой теоретической концепции, с каждой новой травматической ситуацией уровень возбуждения возрастает, присоединяется к возбуждению, оставшемуся после предыдущей травмы, постепенно накапливаясь.

Механизмом травматических симптомов, как последствий травматических событий, является остановленное повышенное возбуждение и нарушение механизма гомеостаза организма. Можно предположить, что в 1 группе более выражен кумулятивный эффект травмы, так как ее эффекты накапливались в течение более длительного времени и привели к формированию симптомов повышенной эмоциональной возбудимости.

С психологической точки зрения, травматические события, перенесенные пациентами этой группы, могут быть охарактеризованы как эмоциональные травмы, связанные с утратой или угрозой утраты значимых человеческих отношений. Как показывают материалы исследования, это болезнь близких, разрыв значимых (партнерских, любовных) отношений, одиночество.

Выявленные в исследовании эмоционально-ценностные переживания событий соответствуют основным психологическим симптомам и переживаниям при травме. К ним, прежде всего, относятся: беспомощность, безнадежность, безразличие, а также раздражительность - более выраженные в 1 группе.

Данные о психологическом смысле травматического события подтверждают факт того, что событие имеет патогенное влияние, когда оно несет негативный смысл для личности, унижает ее достоинство, обесценивает «Я» (Мазур Е.С. с соавт., 1992, Мазур Е.С., 2003; Levine P., 1997). В 1 группе (ВЗПРЭВ) к ним относятся такие субъективные (смысловые) значения как непонимание, игнорирование, несостоятельность, унижение и др.

Степень травматических переживаний и разрешение травмы зависят от наличия ресурсов. В случае значительных ресурсов симптомы и переживания травмы менее выражены, что соответствует полученным данным во 2 группе (НЗПРЭВ), в которой лучше семейная поддержка и меньше клинические проявления эмоциональной возбудимости.

\* \* \*



В проведенном комплексном исследовании установлен ряд клинически определяемых факторов, в различной степени связанных с проявлениями повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости у больных с НПР и влияющих на ее формирование. Их можно разделить на две группы:

1. Предрасполагающие факторы:

- биологические (женский пол; молодой возраст; психические нарушения в детском и подростковом возрасте в виде диссомнии, снохождения и сноговорения, реакции на стресс и расстройства адаптации, депрессивных нарушений; тяжесть сопутствующей неврологической или соматической патологии);
- личностные (черты эмоциональной неустойчивости и демонстративности, в ряде случаев достигающие степени личностной акцентуации и психопатии);
- рано проявляющаяся уязвимость индивидуального барьера психической адаптации; снижении толерантности и своеобразная «сенсбилизация» к психогениям;
- отсутствие социальной поддержки в решении жизненных трудностей (обычно в семье).
- Психогенные факторы
- частые, повторяющиеся психогении, преимущественно в молодом возрасте;
- специфические особенности содержания психогений (болезнь членов семьи или близких, разрыв партнерских отношений, изменение привычного образа жизни и бытовых условий, одиночество и социальная изоляция);
- субъективное восприятие психотравмирующих событий (обычно в виде невнимания, непонимания, игнорирования, необоснованных претензий и требований, либо как несостоятельности, неуспеха, провала);

- эмоционально-ценностные переживания ситуации (как правило, в форме раздражения и недовольства; обиды, унижения, жалости к себе; отчаяния и безнадежности; растерянности и беспомощности; отрешенности, опустошенности, безразличия и равнодушия).

Выявленная близость 1 и 2 изученных групп, в том числе по основным нозологическим и ведущим синдромологическим характеристикам, с одной стороны, позволяла решать в них стоящие перед исследованием задачи по выявлению психофизиологических основ состояний повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости и получать статистически значимые и надежные результаты, с другой, указывала на то, что особенности эмоционального реагирования, клинически проявляющиеся симптомами повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости, практически во всем диапазоне ППР, являются относительно нозо- и синдромо- неспецифическим феноменом, лишь вкрапляющимся в различные синдромы, влияющим на их оформление и, соответственно, имеющим прогностическое и терапевтическое значение.

## ГЛАВА 4.

### **Клинико-психологическая характеристика больных с различным уровнем раздражительности и эмоциональной возбудимости.**

С целью уточнения места и роли факторов «почвы», выявленных в клинико-психопатологических исследованиях, в частности, личностно-психологических, в двух исследованных группах (см. Глава 2) был проведен клинико-психологический анализ результатов методик оценки различных сторон агрессивности, личностно-типологических тестов и методик определения тревоги и депрессии. В его задачи входило установление клинико-психологических показателей, предположительно определяющих клинические проявления повышенной эмоциональной возбудимости, у больных с НПР.

Далее в настоящем разделе работы рассматриваются полученные данные.

#### **4.1. Оценка агрессивного поведения.**

Одними из важнейших клинико-психологических свойств исследованных групп в контексте исследования являлись показатели различных видов агрессивности и враждебности. Характер и степень выраженности привычных паттернов различных видов агрессивного поведения (в том числе и повышенной раздражительности) и враждебности в преморбиде определялись с помощью опросника Басса-Дарки (Buss A.H., Durkey A., 1957), предлагавшегося всем включенным в исследование больным. Опросник позволял оценить агрессивные и враждебные проявления, характерные для больных в жизни и вытекающие из их личностных установок. В исследовании использовалась версия опросника в адаптации Л.Г. Почебут (2001).

Враждебность - по А. Бассу (1961): «длительное, устойчивое негативное отношение или система оценок, применяемая к окружающим людям, предметам, явлениям», выражающееся чувствами возмущения, обиды, подозрительности (Buss A. et al., 1961). В качестве антагонистического отношения к людям, включавшего когнитивный, аффективный и поведенческий компоненты, понимал враждебность Д. Барефут (1989). В понимании С.Н. Ениколопова (1994),

враждебность это «специфическая картина мира субъекта, в рамках которой внешним объектам приписываются негативные характеристики».

Агрессивность, также определяемую в опроснике Басса-Дарки, обычно понимают, как «свойство личности» (Соловьева С.Л., 1995); готовность к агрессивным действиям в самых разных ситуациях, предрасположенность к агрессивным действиям и агрессивному поведению; психическое явление, выражающееся в «стремлении к насильственным действиям в межличностных отношениях» (Платонов К.К., 1984); «свойственную личности черту характера, особенность нрава субъекта, обусловленную биологически-конституциональными особенностями, имеющую во многом важное эволюционное значение и находящуюся под контролем сознания и морально-этических норм» (Дмитриева Т.Б., Горинов В.В., Шостакович Б.В., 1999).

Представленные в таблице 36 результаты, свидетельствующие о достоверных корреляциях результатов опросника Басса-Дарки и опросника повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости (КОРЭВ), разработанного нами, говорят о близости показателей, измеряемых обоими тестами. Отсутствие корреляций физической агрессии по Басса-Дарки со всеми пунктами КОРЭВ в нашем понимании связано с особенностями исследовательской выборки (пациенты с НПП). Отсутствие же достоверных связей между большинством видов агрессии по Басса-Дарки и пунктом КОРЭВ, отражающем проявления гиперестезии с истощаемостью говорит о более широком спектре клинических проявлений повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости фиксируемом с помощью разработанного нами опросника.

Полученные данные позволяют утверждать о важности исследования проявлений повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости, как предшественников девиантного поведения, примыкающего к границам некриминальной и криминальной агрессии (Дмитриева Т.Б., Шостакович Б.В., 2002). Кроме того, они свидетельствуют о высокой чувствительности и

валидности предложенного инструментария, позволившего выделить релевантные исследовательские группы и оценить представленность различных клинических проявлений исследуемых эмоциональных нарушений.

Таблица 36. Достоверность корреляций между отдельными вопросами КОРЭВ и показателями уровня личностной агрессивности опросника Басса-Дарки для всех больных (ранговые корреляции,  $p < 0.05$ ,  $N=87$ , курсив – отсутствие достоверности)

КОРЭВ	Басса-Дарки Вербальная агрессия	Басса-Дарки Физическая агрессия	Басса-Дарки Предметная агрессия	Басса-Дарки Эмоциональная агрессия	Басса-Дарки Аутоагрессия	Басса-Дарки Агрессивность
Вопрос 1	<b>0,228297</b>	<i>0,101456</i>	<b>0,284367</b>	<b>0,285240</b>	<b>0,374360</b>	<b>0,370857</b>
Вопрос 2	<b>0,273186</b>	<i>0,035367</i>	<b>0,238277</b>	<i>0,193228</i>	<b>0,387060</b>	<b>0,336556</b>
Вопрос 3	<i>0,064611</i>	<i>-0,088018</i>	<i>0,203964</i>	<i>0,204178</i>	<b>0,319125</b>	<i>0,172621</i>
Вопрос 4	<b>0,445665</b>	<i>0,195325</i>	<b>0,277390</b>	<b>0,358806</b>	<b>0,497274</b>	<b>0,534848</b>
Вопрос 5	<b>0,461563</b>	<i>0,115382</i>	<b>0,436107</b>	<b>0,295376</b>	<i>0,137684</i>	<b>0,425436</b>
Сумма	<b>0,434672</b>	<i>0,112317</i>	<b>0,427011</b>	<b>0,370893</b>	<b>0,502373</b>	<b>0,536374</b>

Анализ результатов, полученных с помощью опросника Басса-Дарки (таблица 37), обнаружил существенные различия между исследованными группами больных.

Таблица 37. Различия показателей опросника Басса-Дарки в 1 и 2 исследованных группах пациентов (при  $p < 0,05$  различия достоверны)

Шкалы Басса-Дарки	1 группа (N=36) Сумма рангов	2 группа (N=51) Сумма рангов	P (по U-критерию Манна-Уитни)
Вербальная агрессия	<b>1905,000</b>	<b>1923,000</b>	<b>0,005743</b>
Физическая агрессия	1581,500	2246,500	0,986248
Предметная агрессия	<b>1895,000</b>	<b>1933,000</b>	<b>0,007453</b>
Эмоциональная агрессия	<b>1925,000</b>	<b>1903,000</b>	<b>0,003341</b>
Аутоагрессия	<b>2108,000</b>	<b>1720,000</b>	<b>0,000006</b>
Агрессивность	<b>2016,500</b>	<b>1811,500</b>	<b>0,000197</b>

Пациенты 1-й исследовательской группы характеризовались более высокой личностной агрессивностью в преморбиде и, как следствие, низкими адаптационными возможностями, что подтверждалось высокой аутоагрессией, говорящей о слабости механизмов защиты «Я», чувстве вины, уязвимости перед агрессивной средой. Высокая эмоциональная агрессия отражала легко возникающее у них эмоциональное отчуждение в общении, обидчивость, подозрительность, враждебность, раздражительность, неприязнь и недоброжелательность по отношению к другим людям. Такие личностные

характеристики являлись предпосылкой последующего развития агрессивного поведения. Во 2-й исследовательской группе преобладали вербальная и предметная агрессия, тенденция выразить агрессивное отношение к другому человеку, употребляя словесные оскорбления, либо срывать свою агрессию на окружающих предметах. Физическая агрессия в обеих группах достоверно не различалась.

Оценка особенностей проявления **агрессивности и враждебности** в исследованных группах с помощью опросника Басса-Дарки дополнялась данными о направленности агрессии, ее типе, полученными при использовании теста С.Розенцвейга (в исследовании использовалась в модификации Тарабриной Н.В.,1994).. Методика ориентирована на изучение реакции испытуемого и ее направленности в моделируемых фрустрирующих ситуациях, т.е. на изучение **реактивной агрессивности**.

В таблице 38 приведены сведения о связи повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости с показателями данной методики.

Таблица 38. Достоверность корреляций между отдельными вопросами КОРЭВ и показателями методики изучения фрустрационных реакций (С. Розенцвейга) для всех больных (ранговые корреляции,  $p < 0.05$ , N=87, курсив – отсутствие достоверности)

КОРЭВ	Розенцвейг Экстрапунитивность	Розенцвейг Интрапунитивность	Розенцвейг Импунитивность	Розенцвейг Фиксация на препятствии	Розенцвейг Самозащита	Розенцвейг Конструктивность	Розенцвейг Конформность
Вопрос 1	<i>0,108061</i>	<i>-0,074009</i>	<i>-0,058687</i>	<i>-0,178850</i>	<i>0,099173</i>	<i>0,009568</i>	<i>0,037966</i>
Вопрос 2	<b>0,238423</b>	<i>-0,044715</i>	<b>-0,251761</b>	<b>-0,333851</b>	<i>0,090258</i>	<i>0,096913</i>	<i>0,201188</i>
Вопрос 3	<i>-0,004828</i>	<i>0,049176</i>	<i>-0,052123</i>	<b>-0,326633</b>	<i>0,010139</i>	<i>0,208558</i>	<i>-0,113206</i>
Вопрос 4	<b>0,273294</b>	<i>-0,101962</i>	<b>-0,235188</b>	<b>-0,324815</b>	<b>0,239026</b>	<i>0,010618</i>	<i>0,021242</i>
Вопрос 5	<b>0,221337</b>	<i>-0,187540</i>	<i>-0,088879</i>	<b>-0,241288</b>	<i>0,154731</i>	<i>0,009837</i>	<i>0,168127</i>
Сумма	<b>0,225106</b>	<i>-0,071362</i>	<i>-0,203802</i>	<b>-0,406859</b>	<i>0,169700</i>	<i>0,105825</i>	<i>0,059271</i>

Как следует из представленных данных, имела умеренная связь между повышенной раздражительностью и эмоциональной возбудимостью и **направленностью** реакции агрессии: прямая с экстрапунитивностью (при высоких уровнях повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости у больных чаще отмечались реакции на живое и предметное окружение в форме подчеркивания степени фрустрирующей ситуации, осуждения

внешней причины фрустрации), а также обратная с импунитивностью (высокие показатели повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости не предполагали оценки фрустрирующей ситуации, как малозначащей, как отсутствие чьей-то вины, чего-то, что разрешиться само собой).

Наряду с этим, выявились и обратные взаимоотношения с **типом** реакции: при высоких уровнях повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости реже встречались реакции по типу «фиксации на препятствии» (когда препятствие, вызвавшее фрустрацию, расценивалось как своего рода благо, как не имеющее серьезного значения).

Сравнительный анализ результатов теста С.Розенцвейга в двух исследованных группах (таблица 39) в целом подтвердил выявленные закономерности. В 1-й группе больных импунитивность (как направленность агрессивных реакций) и фиксация на препятствии (как тип агрессивной реакции) были представлены достоверно меньше.

Таблица 39. Различия показателей методики изучения фрустрационных реакций (С.Розенцвейга) в 1-й и 2-й исследовательской группе пациентов (при  $p < 0,05$  различия достоверны).

Шкалы теста Розенцвейга	1 группа (N=36) Сумма рангов	2 группа (N=51) Сумма рангов	<b>P</b> (по U-критерию Манна-Уитни)
Экстрапунитивность	1779,000	2049,000	0,093695
Интрапунитивность	1557,500	2270,500	0,822702
Импунитивность	<b>1343,000</b>	<b>2485,000</b>	<b>0,038205</b>
Фиксация на препятствии	<b>1249,000</b>	<b>2579,000</b>	<b>0,003942</b>
Самозащита	1665,500	2162,500	0,485135
Конструктивность	1722,500	2105,500	0,234322
Конформность	1624,000	2204,000	0,733543

#### 4.2. Оценка личностно-типологических свойств больных.

Исследование личностно-типологических характеристик пациентов проводилось с использованием ряда тестов, представляющих собой различные авторские подходы к личностной классификации.

В качестве методики, базирующейся на целостном понимании личности с позиции теории ведущих тенденций, использовался индивидуально-

типологический опросник ИТО (Л.Н. Собчик,2010), позволявший оценить все уровни личности (биологический, характерологический, уровень социальной активности).

В таблице 40 приведены сравнительные результаты ИТО для двух исследовательских групп. Как следует из данных, пациенты 1 группы отличались по ряду показателей теста. При выполнении методики они были более искренними, акцентировали имеющиеся проблемы. Имевшийся у них высокий уровень тревожности указывал на чрезмерную осторожность в принятии решений и ответственность по отношению к окружающим, в ряде случаев на избыточную тревожность, мнительность, боязливость, склонность к навязчивым страхам и паническим реакциям.

Таблица 40. Различия показателей индивидуально-типологического опросника Л.Н.Собчик (ИТО) в 1-й и 2-й исследовательской группе пациентов (при  $p < 0,05$  различия достоверны).

Шкалы ИТО	1 группа (N=36) Сумма рангов	2 группа (N=50) Сумма рангов	P (по U-критерию Манна-Уитни)
Неискренность	<b>1307,500</b>	<b>2433,500</b>	<b>0,023917</b>
Аггравация	<b>1977,000</b>	<b>1764,000</b>	<b>0,000326</b>
Экстраверсия	1455,000	2286,000	0,333399
Спонтанность	1444,500	2296,500	0,289507
Стеничность	1541,000	2200,000	0,830183
Ригидность	1524,500	2216,500	0,719667
Интроверсия	1651,000	2090,000	0,459487
Сензитивность	<b>1884,000</b>	<b>1857,000</b>	<b>0,005448</b>
Тревожность	<b>2104,500</b>	<b>1636,500</b>	<b>0,000002</b>
Лабильность	1771,500	1969,500	0,072731
Лидерство	1351,000	2390,000	0,060426
Коммуникативность	1569,000	2172,000	0,982540
Компромисность	<b>1985,000</b>	<b>1756,000</b>	<b>0,000249</b>
Конформизм	<b>1937,000</b>	<b>1804,000</b>	<b>0,001182</b>
Внутренний конфликт	1700,500	2040,500	0,240795
Дисбаланс разнонаправленных тенденций	<b>1865,000</b>	<b>1876,000</b>	<b>0,008976</b>

Преобладавшие показатели сензитивности и конформности характеризовали больных этой группы, как чувствительных и ранимых в отношении средовых воздействий, с повышенной потребностью в глубокой и



постоянной привязанности и защите со стороны более сильной личности, ориентированных на авторитет, общепринятые нормы поведения. Сочетание высоких значений обоих показателей отражало слабость их конституциональной структуры. Большая компромисность говорила об одновременном стремлении к самоутверждению и к избеганию конфликтов с окружением.

Для пациентов 2-й группы была характерной большая несбалансированность полярных личностных тенденций, как отражение личностной акцентуации.

Представителем иного подхода к описанию индивидуально-психологических особенностей больных в исследовании была методика оценки формально-динамических свойств индивидуальности (В.М. Русалов, 1979, 1988, 1990), в основе которой заложена концепция о биологической обусловленности формально-динамических свойств индивидуального поведения человека. Последние при этом интерпретируются как ведущие детерминанты устойчивости индивидуальных различий, одновременно являющиеся результатом системного обобщения инвариантных биологических компонент. Формально-динамические свойства поведения человека соотносятся со структурой функциональной системы в понимании П.К. Анохина (1968), в которой поведенческий акт рассматривается, как иерархия четырех «несократимых» блоков: афферентного синтеза, программирования (принятия решения), исполнения и обратной связи. Соответственно, предполагается существование и четырех фундаментальных параметров формальной организации поведения человека, подлежащих измерению - эргичности, пластичности, скорости (темпа) и эмоциональной чувствительности.

В таблице 41 представлено сопоставление данных опросника Русалова, выполненного частью больных в исследовательских группах.

Как следует из приведенных данных, больные 1-й исследовательской группы характеризовались низким психомоторным темпом, что отражало некоторую замедленность их психомоторики и скорости моторно-двигательных

операций при выполнении предметной деятельности. Кроме того, у них имелась более низкая эмоциональная чувствительность в психомоторной сфере и более высокая в интеллектуальной и коммуникативной сферах. Такие показатели отражали склонность пациентов 1-й группы к формированию негативных форм эмоциональности.

Таблица 41. Различия показателей методики оценки формально-динамических свойств индивидуальности (опросник В.Русалова) между 1 и 2 исследованными группами пациентов (при  $p < 0,05$  различия достоверны).

Шкалы опросника Русалова	1 группа (N=13) Сумма рангов	2 группа (N=7) Сумма рангов	P (по U-критерию Манна-Уитни)
Эргичность психомоторная	59,5000	150,5000	0,284720
Эргичность интеллектуальная	61,0000	149,0000	0,341648
Эргичность коммуникативная	56,5000	153,5000	0,191041
Пластичность психомоторная	60,0000	150,0000	0,302937
Пластичность интеллектуальная	49,5000	160,5000	0,062575
Пластичность коммуникативная	98,0000	112,0000	0,057194
Темп психомоторный	<b>47,0000</b>	<b>163,0000</b>	<b>0,039369</b>
Темп интеллектуальный	56,0000	154,0000	0,177940
Темп коммуникативный	61,5000	148,5000	0,362142
Эмоциональная чувствительность психомоторная	<b>100,5000</b>	<b>109,5000</b>	<b>0,035735</b>
Эмоциональная чувствительность интеллектуальная	<b>111,5000</b>	<b>98,5000</b>	<b>0,002963</b>
Эмоциональная чувствительность коммуникативная	<b>106,0000</b>	<b>104,0000</b>	<b>0,011220</b>
Неискренность, социальная желательность	52,5000	157,5000	0,104275

Следующую группу методик составили личностные опросники, относимые некоторыми авторами к клинико-психодиагностическим инструментам (в плане дифференциации психической патологии от нормы).

В исследовании использовалась наиболее распространенная, верифицированная и адаптированная в России – методика ММРІ (Березин Ф.Б. с соавт., 1976), выявляющая сложную структуру психологических проблем больного, болезненные переживания, отражающие устойчивые и сохраненные стороны их личности, реакцию самой личности на патогенную, психотравмирующую ситуацию и болезнь. В таблице 42 и на рисунке 7

представлены сравнительные данные, полученные в исследованных группах.

Таблица 42. Различия показателей личностного опросника ММРІ (в адаптации Ф.Б.Березина) между 1 и 2 исследованными группами пациентов (при  $p < 0,05$  различия достоверны).

Шкалы ММРІ	1 группа (N=35) Сумма рангов	2 группа (N=48) Сумма рангов	P (по U-критерию Манна-Уитни)
Шкала лжи <b>L</b>	1321,500	2164,500	0,172328
Шкала достоверности <b>F</b>	<b>1782,000</b>	<b>1704,000</b>	<b>0,004073</b>
Шкала коррекции <b>K</b>	<b>1096,500</b>	<b>2389,500</b>	<b>0,000583</b>
Шкала 1 ипохондрии (соматизации тревоги) <b>Hs</b>	<b>1814,500</b>	<b>1671,500</b>	<b>0,001513</b>
Шкала 2 тревоги и депрессивных тенденций <b>D</b>	<b>1819,500</b>	<b>1666,500</b>	<b>0,001290</b>
Шкала 3 истерии (вытеснения факторов вызывающих тревогу) <b>Hу</b>	<b>1753,500</b>	<b>1732,500</b>	<b>0,009064</b>
Шкала 4 социальной психопатии (реализации эмоциональной напряженности в поведении) <b>Pd</b>	<b>1752,500</b>	<b>1733,500</b>	<b>0,009311</b>
Шкала 5 выраженности мужских и женских черт характера <b>Mf</b>	1485,000	2001,000	0,893632
Шкала 6 параноидности (ригидности аффекта) <b>Pa</b>	<b>1760,500</b>	<b>1725,500</b>	<b>0,007491</b>
Шкала 7 психастении (фиксации тревоги и ограничительного поведения) <b>Pt</b>	<b>1888,000</b>	<b>1598,000</b>	<b>0,000118</b>
Шкала 8 шизоидности (аутизации) <b>Sc</b>	<b>1846,000</b>	<b>1640,000</b>	<b>0,000535</b>
Шкала 9 гипоманиакальных тенденций (отрицания тревоги) <b>Ma</b>	<b>1716,500</b>	<b>1769,500</b>	<b>0,023302</b>
Шкала 0 социальной интроверсии (социальных контактов) <b>Si</b>	1638,000	1848,000	0,122448

Из представленных результатов следует, что 1-я группа пациентов имела существенные клиничко-психологические особенности, показатели большинства базисных шкал ММРІ (1,2,3,4,6,7,8,) были более высокими по сравнению с 2-й группой и лишь по 9 и 0 шкалам значения достоверно не различались. Усредненный профиль ММРІ (несмотря на некоторое сходство рисунка профилей обеих групп, рисунок 7) для 1-й группы больных приближался к высоко расположенным профилям, отражая большую остроту и тяжесть клинических проявлений болезни, в то время как для 2-й группы – скорее к пограничным, акцентуированным профилям.

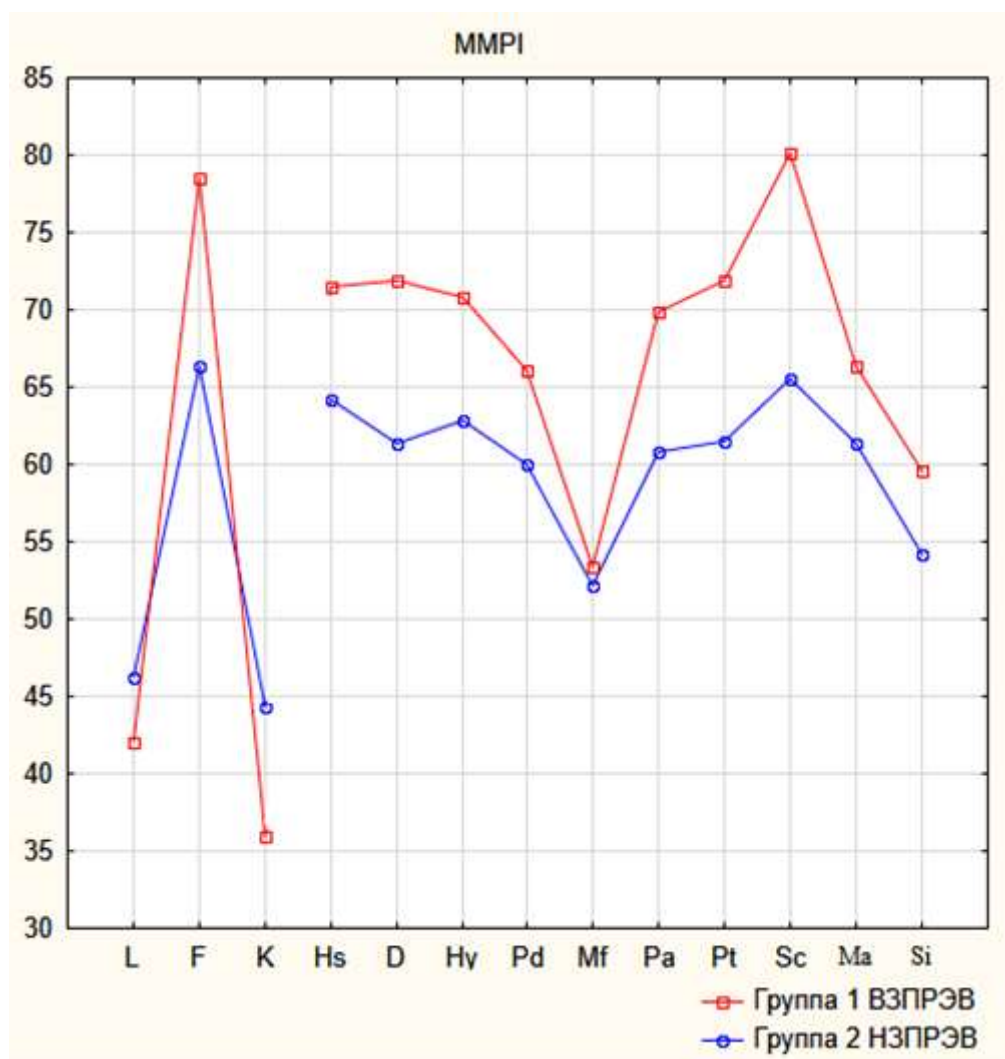


Рисунок 7. Усредненные профили MMPI (в адаптации Ф.Б.Березина) для 1 и 2 исследованных групп пациентов, T-баллы.

Характеризуя результаты 1-й группы, следует отметить, что шкалы валидности (L,F,K) свидетельствовали об отсутствии тенденции приукрасить свой характер, некоторой драматизации текущего состояния, хорошем осознании имеющихся трудностей, достаточно критическом отношении к себе и окружающим.

Базисные шкалы отражали высокий уровень ипохондрических тенденций, сверхценного отношения к здоровью, с сопутствующей тревогой, напряженностью и раздражительностью, снижением фона настроения и депрессивными тенденциями в целом, выраженный эгоцентризм и вытеснение внутренних конфликтов - сочетающиеся с повышенной личностной тревожностью, неуверенностью в себе, некоторой ригидностью и враждебностью

личности, снижением активности и работоспособности, повышенной истощаемости. У ряда больных нервно-эмоциональное напряжение непосредственно проявлялось в поведении, иногда достигая уровня импульсивности, взрывчатости, трудно управляемости, конфликтности и выраженных гневливо-агрессивных реакций, непредсказуемости поведения, игнорирования социальных требований. В этой группе пациентов чаще наблюдалась тенденция к самоизоляции, стремление ориентироваться на внутренние критерии и «уходу в себя», своеобразная оценка окружающего, некоторая холодность и равнодушие, неготовность к социальным контактам и затруднения социальной адаптации.

Еще одним личностно-типологическим тестом, использовавшимся в работе, был опросник Леонгарда-Шмишека, позволявший оценить тип акцентуации личности (определенного направления характера) пациентов. В соответствии с концепцией К. Леонгарда (1981), могут быть выделены основные личностные черты, определяющие ее развитие, адаптацию, психическое здоровье и характеризующие при значительной выраженности личность в целом. В ситуации воздействия неблагоприятных факторов они могут приобретать патологический характер, разрушая структуру личности. Принято считать, что акцентуация характера является благоприятной почвой для возникновения и развития пограничных психических расстройств. Личности, у которых основные черты ярко выражены, названы К. Леонгардом акцентуированными и рассматриваются, как вариант нормы, и случаи «заострения» определенных, присущих каждому человеку особенностей. В акцентуированных личностях, по мнению автора, потенциально заложены как возможности социально положительных достижений, так и социально отрицательный заряд.

В таблице 43 приведены сравнительные данные, полученные для этой методики в исследовательских группах. Как следует из полученных результатов, распространенность акцентуаций в целом в группах была сходной, однако группы различались между собой по преобладающим типам акцентуаций.

Таблица 43. Различия показателей опросника Леонгарда-Шмишека (диагностики типа личностной акцентуации) между 1 и 2 исследованными группами пациентов (при  $p < 0,05$  различия достоверны)

Шкалы опросника Леонгарда-Шмишека	1 группа (N=36) Сумма рангов	2 группа (N=50) Сумма рангов	P (по U-критерию Манна-Уитни)
Гипертимность	1505,000	2236,000	0,596388
Демонстративность	<b>1339,500</b>	<b>2401,500</b>	<b>0,047890</b>
Экзальтированность	<b>1856,000</b>	<b>1885,000</b>	<b>0,011270</b>
Эмотивность	1586,500	2154,500	0,861021
Циклотимность	<b>1974,500</b>	<b>1766,500</b>	<b>0,000355</b>
Эксплозивность	<b>2039,500</b>	<b>1701,500</b>	<b>0,000035</b>
Педантичность	<b>1863,500</b>	<b>1877,500</b>	<b>0,009326</b>
Ригидность	<b>1815,000</b>	<b>1926,000</b>	<b>0,029608</b>
Дистимичность	<b>1842,000</b>	<b>1899,000</b>	<b>0,015881</b>
Тревожность	<b>1901,500</b>	<b>1839,500</b>	<b>0,003363</b>

Так в 1-й группе больных (ВЗПРЭВ) чаще определялись эксплозивный, циклотимный и тревожный типы, что отражалось в их поведении в виде повышенной импульсивности, снижении контроля над влечениями и побуждениями, либо смене гипертимических и дистимических фаз, либо в высоком уровне тревожности, робости и пугливости. Во 2-й группе более частыми были демонстративный, эмотивный и ригидный типы, несколько реже встречались экзальтированный, дистимичный и педантичный. В поведении пациентов они проявлялись в виде демонстративности, большом диапазоне эмоциональных состояний, чувствительности, впечатлительности, либо в виде «застревания» аффекта, склонности к формированию сверхценных идей, инертности психических процессов, либо фиксации на мрачных сторонах жизни и пессимизма.

Достоверное преобладание в 1-й группе больных типов акцентуаций с доминированием в структуре личности эксплозивных, циклотимных и тревожных черт может являться косвенным доказательством их особой роли в формировании проявлений повышенной эмоциональной возбудимости. Данные особенности личности, вероятно, могут выступать как predispositional.

### 4.3. Оценка уровня тревожности и депрессии.

Для определения уровня ситуационной и личностной тревожности в исследованных группах применялся опросник Ч.Спилбергера-Ю.Ханина (1976), позволявший определить тревожность как характеристику актуального состояния (состояние тревоги) и тревожность как устойчивую личностную черту, характеризующую частоту и разнообразие ситуаций переживания состояния тревоги.

Диагностика депрессивного состояния и определение выраженности депрессии в исследованных группах больных выполнялась с помощью шкалы дифференциальной диагностики депрессивных состояний В.Зунга (Zung W.W.K., Durham N.S., 1965), обеспечивающей оценку депрессивных симптомов и измерение интенсивности депрессии в целом.

Сравнительные результаты, полученные с помощью обоих самоопросников, представлены в таблице 44.

Таблица 44. Различия показателей методики оценки ситуационной и личностной тревожности (опросник Ч. Спилбергера-Ю. Ханина) и шкалы дифференциальной диагностики депрессивных состояний (В.Зунга) между 1 и 2 исследованными группами пациентов (при  $p < 0,05$  различия достоверны).

Шкалы самоопросников Спилбергера-Ханина и Зунга	1 группа (N=36) Сумма рангов	2 группа (N=50) Сумма рангов	P (по U-критерию Манна-Уитни)
Ситуационная тревожность	345,500	249,500	0,024916
Личностная тревожность	373,000	222,000	0,001415
Депрессия	2124,000	1617,000	0,000001

Анализ данных позволил установить, что 1-я группа больных имела более высокие показатели ситуационной и личностной тревожности, достигавшие по группе в целом среднего уровня, в отличие от 2- группы, где и ситуационная и личностная тревожность была низкой. Уровень депрессии также был выше в 1-й группе больных.

Анализ клинико-психологических данных установил ряд особенностей, в той или иной степени связанных с клиническими проявлениями эмоциональной возбудимости.

Методики оценки личностной агрессивности и враждебности, ее направленности в моделируемых фрустрирующих ситуациях (т.е. фактически реактивной агрессивности) обнаружили в преморбиде больных 1-й исследовательской группы высокую личностную агрессивность и, как следствие, низкие адаптационные возможности, что подтверждалось существованием аутоагрессией - говорящей о слабости механизмов защиты «Я», чувстве вины, уязвимости перед агрессивной средой. Имеющаяся у пациентов значительная эмоциональная агрессия отражала легко возникающее эмоциональное отчуждение в общении, подозрительность, обидчивость, враждебность, неприязнь и недоброжелательность по отношению к другим людям. Такие личностные характеристики являлись предпосылкой развития агрессивного поведения. Во 2-й исследовательской группе (НЗПРЭВ), преобладали вербальная и предметная агрессия, тенденция выражать агрессивное отношение к другому человеку, употребляя словесные оскорбления, либо срывать свою агрессию на окружающих предметах.

Установлена связь между эмоциональной возбудимостью и направленностью реакции агрессии: прямая с экстрапунитивностью и обратная с импунитивностью. Обнаружены и обратные взаимоотношения с типом реакции: при более высокой повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости реже встречались реакции по типу «фиксации на препятствии» (когда препятствие, вызвавшее фрустрацию, расценивалось как своего рода благо, как не имеющее серьезного значения).

Методики оценки личностно-типологических характеристик больных, помогли установить личностные качества, в наибольшей степени связанные с клиническими проявлениями эмоциональной возбудимости. Несмотря на различные авторские подходы к типологии личности, полученные данные были непротиворечивы и дополняли друг друга.

В частности, результаты ИТО свидетельствовали о наличии у больных 1 группы высокой тревожности, мнительности, склонности к навязчивым страхам и



паническим реакциям, чувствительности, сензитивности и ранимости в отношении средовых воздействий с повышенной потребностью в глубокой и постоянной привязанности и защите со стороны более сильной личности, что отражало слабость их конституциональной структуры.

Для пациентов 2-й группы была характерной несбалансированность полярных личностных тенденций - как проявления личностной акцентуации.

Данные опросника Русалова также указывали на склонность к формированию патологических форм эмоциональности у пациентов 1 группы.

Сведения, полученные с помощью ММРІ, несмотря на некоторое сходство рисунка профилей обеих групп, позволяли заключить о большей остроте и тяжести клинических проявлений болезни в 1 группе. Базисные шкалы в этой группе пациентов указывали на высокую тревожность, ипохондрические тенденции со сверхценным отношением к здоровью, напряженность и раздражительность, отражали высокий уровень ипохондрических тенденций, сверхценного отношения к здоровью, с сопутствующей тревогой, значительное снижение настроения, некоторую ригидность и враждебность личности, снижение активности и работоспособности, повышенную истощаемость. У ряда больных нервно-эмоциональное напряжение непосредственно проявлялось в поведении, достигая уровня импульсивности, взрывчатости, конфликтности, гневливо-агрессивных реакций с игнорированием социальных требований. Пациентам этой группы были присущи склонность к самоизоляции, стремление ориентироваться на внутренние критерии, «уходу в себя», своеобразная оценка окружающего, некоторая холодность и равнодушие, затруднения социальной адаптации.

Методика для выявления типа личностной акцентуации Леонгарда-Шмишека дала возможность установить предпочтительные ее варианты, коррелирующие с высокими значениями эмоциональной возбудимости. У больных 1 группы чаще обнаруживались эксплозивный, циклотимный и тревожный типы акцентуации, тогда как во 2 группе - демонстративный,

эмотивный и ригидный типы. Можно заключить, что доминирование в структуре личности пациентов 1 группы эксплозивных, циклотимных, тревожных черт является косвенным доказательством их особой роли в формировании проявлений повышенной эмоциональной возбудимости, в процессе которого они выступают в роли predispositional личностных характеристик.

В полном соответствии с другими методиками находились результаты оценки ситуационной, личностной тревожности и выраженности депрессии (с помощью методик Спилбергера-Ханина и Зунга), свидетельствующие о связи этих характеристик с выраженностью проявлений эмоциональной возбудимости. Показатели ситуационной и личностной тревожности, а также и выраженности депрессии были выше в 1 группе больных.

Обобщая клинико-психологические результаты, следует отметить, что они позволили получить комплексное представление о predispositional личностных характеристиках, в той или иной степени связанных с формированием клинических проявлений повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости и предположительно отражающих слабость различных звеньев конституциональной структуры больных с НПР.

## ГЛАВА 5.

### **Психофизиологические и вегетологические показатели у больных с различной выраженностью эмоциональной возбудимости**

#### **5.1. Особенности психофизиологических показателей у изученных больных**

Задачей проведенного анализа состояния больных являлось выявление их психофизиологических характеристик при различной выраженности проявлений эмоциональной возбудимости. При этом оценивались основные интегративные психофизиологические и нейрофизиологические показатели, показатели внимания, силы нервной системы, ее динамичности и баланса нервных процессов.

Выбор данных психофизиологических показателей позволял проводить комплексную оценку и судить о базовых характеристиках пластичности (нейропластичности) мозга - сложном, многогранном, фундаментальном его свойстве, лежащем в основе поддержания функционального состояния организма и его адаптации к окружающей среде, обучения новым видам деятельности, компенсации возникающих нарушений (Kaas, 1991; Buonomano, Merzenich, 1998; Monfils et al., 2005; Kleim et al., 2008 и др.). Получаемые результаты интерпретировались в рамках современного понимания пластичности, как «...способности нейронов и нейронных сетей в целом трансформироваться в ответ на новую информацию, новый физический опыт, сенсорную стимуляцию, возникновение повреждений или дисфункций и других внешних факторов и воздействий », «...как способность нервной системы восстанавливать свою функцию посредством качественных и количественных нейрональных перестроек, изменения нейрональных связей и глиальных элементов» (World Health Organization, 1983; M. Nieto-Sampedro, M. Nieto-Dias, 2005). Учитывалось и то, что кроме положительной, нейропластичность имеет отрицательную сторону – мозг также реорганизуется, нарушая свое нормальное функционирование, в силу болезненного нервно-психического сдвига, вызванного, в том числе стрессовыми и социальными факторами (Харченко Е.П., Клименко М.Н., 2004, Изнак А.Ф., 2006).

Последовательный анализ связей психофизиологических и нейрофизиологических показателей с выраженностью клинических проявлений повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости представлен далее.

### **5.1.1. Исследование внимания**

Под вниманием обычно понимают сосредоточенность умственных усилий, в данный момент времени, на каком-либо предмете (явлении) объективной или субъективной реальности (иначе — на сенсорных или мысленных событиях).

Внимание не является психическим процессом и не имеет своего «продукта», это динамическая характеристика протекания психической деятельности, механизм, обеспечивающий более или менее целесообразное распределение ограниченных ресурсов системы переработки информации субъекта, целенаправленность и адаптивность поведения.

В рамках «классического» подхода, основанного на традициях интроспективной психологии, выделяют ряд специфических свойств внимания, таких как избирательность, объем, устойчивость, переключаемость, распределение.

В исследовательских группах изучались характеристики внимания в тесте с кольцами Ландольта. Оцениваемые показатели включали в себя: эффективность (объем внимания; больше-лучше), латентность реакции (время переключения внимания, распределение внимания; меньше-лучше) и стабильность (устойчивость внимания, избирательность; больше-лучше).

Анализ взаимосвязей показателей внимания и степени выраженности проявлений повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости представлен в таблице 45. Представленные данные свидетельствуют об умеренных взаимосвязях стабильности, устойчивости, избирательности внимания с выраженностью повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости, прослеживаемых при средних и высоких ее степенях. Такие

корреляции отражают тенденцию к активации функции внимания у пациентов с повышенной раздражительностью и эмоциональной возбудимостью.

Таблица 45. Корреляции показателей внимания и методики КОРЭВ  
(ранговые корреляции,  $p < 0.05$ ,  $N=87$ , курсив – отсутствие достоверности)

Психофизиологические показатели	КОРЭВ Вопрос 1	КОРЭВ Вопрос 2	КОРЭВ Вопрос 3	КОРЭВ Вопрос 4	КОРЭВ Вопрос 5
Эффективность	<i>-0,099018</i>	<i>-0,189515</i>	<i>0,132945</i>	<i>-0,073709</i>	<i>-0,191627</i>
Латентность реакции	<i>-0,030282</i>	<i>-0,046343</i>	<i>0,196420</i>	<i>0,026474</i>	<i>-0,136161</i>
Стабильность	<i>0,056217</i>	<i>0,102476</i>	<b>0,220417</b>	<i>0,163955</i>	<b>0,307352</b>

### 5.1.2. Исследование силы нервной системы.

Сила (выносливость) нервной системы обычно понимается, как способность индивида выдерживать длительную и/или интенсивную стимуляцию, не входя в запредельное торможение. В основе этого свойства предположительно лежит выносливость, «работоспособность» нервных клеток к длительному действию раздражителя, дающего накапливающееся, концентрированное возбуждение в одних и тех же нервных центрах, либо к кратковременному действию сверхсильных раздражителей. Чем больше сила нервной системы, тем выше пороги чувствительности, соответственно, чем слабее нервная система, тем раньше нервные центры переходят в состояние утомления и охранительного торможения.

В исследовательских группах больных сила нервной системы определялась при помощи теппинг-теста, определявшего способность к сохранению высокого уровня результативности при достаточно длительном выполнении стереотипных действий (циклических кистевых движений). Тест отражает не только особенности двигательной сферы, но и содержит информацию об индивидуальных особенностях и состоянии нейродинамики в целом. Оцениваемые показатели: частота касаний, лабильность (продолжительность инвертирования знака возбуждения в двигательных центрах), скважность (экономная организация движений в теппинге), стабильность (устойчивость, утомляемость). Во всех случаях большие значения соответствовали лучшим результатам.

Анализ взаимосвязей показателей силы нервной системы и степени выраженности проявлений повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости (методика КОРЭВ) представлен в таблице 37.

Таблица 46. Корреляции показателей силы нервной системы и методики КОРЭВ (ранговые корреляции,  $p > 0.05$ ,  $N=87$ , курсив – отсутствие достоверности)

<b>Психофизиологические показатели</b>	<b>КОРЭВ Вопрос 1</b>	<b>КОРЭВ Вопрос 2</b>	<b>КОРЭВ Вопрос 3</b>	<b>КОРЭВ Вопрос 4</b>	<b>КОРЭВ Вопрос 5</b>
Частота касаний	<i>0,016694</i>	<i>0,044718</i>	<i>-0,176328</i>	<i>0,082933</i>	<i>-0,092243</i>
Лабильность	<i>-0,022424</i>	<i>-0,190340</i>	<i>0,098728</i>	<i>-0,058694</i>	<i>0,127246</i>
Скважность	<i>-0,022332</i>	<i>0,121714</i>	<i>0,072345</i>	<i>0,024130</i>	<i>-0,055177</i>
Стабильность	<i>-0,037142</i>	<i>-0,034532</i>	<i>0,007314</i>	<i>0,012128</i>	<i>-0,146743</i>

Отсутствие корреляций показателей отражает тот факт, что сила нервной системы в существенной мере зависит от наследственных факторов, мало изменяется в онтогенезе и является физиологической основой темперамента и некоторых других психологических свойств человека. В частности, она выделялась В.Д. Небылицыным (1962, 1990), наряду с динамичностью, лабильностью и подвижностью нервных процессов, в числе основных свойств нервной системы.

### **5.1.3. Исследование динамичности нервной системы.**

Динамичность нервной системы — это скорость образования условных рефлексов или «способность нервной системы к обучению в широком смысле этого слова» (Небылицын В.Д., 1962). Основным содержанием динамичности является легкость и быстрота, с которой генерируются в мозговых структурах нервные процессы в ходе образования возбудительных и тормозных условных рефлексов. Таким образом, динамичность можно рассматривать как обучаемость на уровне элементарных операций, как совокупность психофизиологических механизмов, обеспечивающих овладение новым навыком. В таком случае методические приемы экспресс-оценки динамичности могут базироваться на оценке динамических параметров формирования непосредственно в процессе обследования некоторого ранее не существовавшего навыка сенсомоторного реагирования.

В.Д. Небылицын (1962) рассматривал динамичность как «... свойство нервной системы, определяющее ее способность к формированию реакций, адекватных условиям опыта, – и при этом, вероятно, не только элементарных рефлексов, но и более сложных систем связей, т.е. способность к «научению» в широком смысле этого слова, – должно рассматриваться как самостоятельный фактор высшей нервной деятельности и как одно из ведущих в структуре основных свойств нервной системы....основным содержанием динамичности явится, таким образом, легкость и быстрота генерации мозговыми структурами нервного процесса в ходе формирования возбудительных или тормозных условных реакций. Система, склонная к быстрому образованию положительных связей, будет «динамичной» по отношению к возбуждению, а система, быстро образующая тормозные рефлексы, будет «динамичной» по отношению к торможению». Кроме этих референтных признаков свойство динамичности, как уже говорилось, имеет и ряд других проявлений. Следовательно, «сфера действия» этого свойства, по мнению В.Д. Небылицына, не ограничивается только рамками замыкательной функции, а распространяется на целую группу других проявлений мозговой деятельности, образующих, таким образом, вместе с референтными признаками синдром динамичности нервных процессов (собственно, два синдрома – динамичности возбуждения и динамичности торможения).

В исследовательских группах больных динамичность определялась с помощью теста полного позиционно-цветового выбора среди двухэлементных цветовых комбинаций.

Оцениваемые показатели: динамичность (время обучения, скорость формирования нового навыка; меньше-лучше), пропускная способность (число правильных ответов, как отражение функциональной подвижности нервной системы; больше-лучше), импульсивность (оценка стабильности выполнения теста; меньше-лучше).

Анализ взаимосвязей показателей динамичности нервной системы и

степени выраженности проявлений повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости (методика КОРЭВ) представлен в таблице 47.

Таблица 47. Корреляции показателей динамичности нервной системы и методики КОРЭВ (ранговые корреляции,  $p < 0.05$ ,  $N=87$ , курсив – отсутствие достоверности)

Психофизиологические показатели	КОРЭВ Вопрос 1	КОРЭВ Вопрос 2	КОРЭВ Вопрос 3	КОРЭВ Вопрос 4	КОРЭВ Вопрос 5
Динамичность	<b>0,214577</b>	<b>0,263125</b>	<i>0,123610</i>	<b>0,243212</b>	<i>0,099155</i>
Пропускная способность	<b>0,247008</b>	<i>0,198077</i>	<i>-0,040388</i>	<i>0,115968</i>	<b>0,245107</b>
Импульсивность	<i>-0,180058</i>	<i>-0,108443</i>	<i>-0,113781</i>	<i>0,054970</i>	<i>0,108414</i>

Представленные данные свидетельствуют о наличии умеренных положительных корреляций между выраженностью повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости и динамичностью, т.е. нарастание повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости сочетается с определенным ухудшением скорости обучения и формирования нового навыка. Вместе с тем, такие же умеренные корреляции существуют и с пропускной способностью, что свидетельствует о несколько большей функциональной подвижности нервных процессов, наблюдаемой при выраженной эмоциональной возбудимости.

#### 5.1.4. Исследование баланса нервных процессов.

Как известно, соотношение нервных процессов было первым из свойств нервной системы изученным И.П. Павловым. Несмотря на это, их дальнейший анализ проводился недостаточно полно. И.П. Павлов писал о балансе по силе возбуждения и силе торможения, однако отсутствие способов определения силы процесса торможения, не позволяет рассматривать это свойство в «павловском» ключе. Вместо этого по косвенным признакам можно судить о превалировании или равновесии возбуждательных и тормозных реакций в действиях человека.

По мнению Е.П. Ильина, именно поэтому теоретически одна и та же типологическая особенность у двух субъектов (например, преобладание возбуждения над торможением) может базироваться на разных уровнях выраженности возбуждения и торможения. Автор не рассматривает преобладание возбуждения и преобладание торможения — как два полюса одной прямой,



отношения между ними гораздо сложнее и уравновешенность не является промежуточной (срединной) инстанцией между ними. Например, выявлено, что баланс, как и сила нервной системы, имеет криволинейную связь с уровнем активации покоя. Факт введения исследователями понятия баланса все же говорит о поисках того общего свойства нервной системы, которое на темпераментальном уровне проявляется нервно-психической устойчивостью - неустойчивостью, а на характерологическом уровне выступает как эмоциональная устойчивость - неустойчивость. Это нейродинамическое свойство (некоторые авторы обозначают его также термином «активированность») рассматривается как определяющее общий энергетический уровень работы организма вообще и мозга в частности. Преобладание возбудительных или тормозных процессов (в терминологии Б.М. Теплова - В.Д. Небылицына) или доминирующий индивидуально-специфический уровень активации (как это чаще формулировали исследователи в более поздние годы) оказывает существенное влияние на индивидуальный стиль поведения и профессиональной деятельности, причем характер этого влияния может различаться в зависимости от сложности деятельности (закон Йеркса-Додсона).

В настоящем исследовании баланс нервной системы анализировался в 1 и 2 исследовательских группах больных с помощью методики пространственно-временной интерполяции. При этом учитывалось, что преобладание возбудительных (активационных) процессов над тормозными проявляется в тенденции к выполнению преждевременных (опережающих) действий, тогда как преобладание тормозных процессов (снижение уровня активации) приводит к повышению доли запаздывающих действий. Оценивались следующие показатели: точность (больше-лучше), стабильность (больше-лучше), возбуждение (уровень активации, по преобладанию доли опережения, над долей опозданий), тренд по возбуждению. При этом интерпретация всегда базировалась на понимании их многофакторной детерминации.

Анализ взаимосвязей показателей баланса нервных процессов нервной

системы и степени выраженности проявлений повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости (методика КОРЭВ) представлен в таблице 48.

Таблица 48. Корреляции показателей баланса нервных процессов и методики КОРЭВ (ранговые корреляции,  $p < 0.05$ ,  $N=87$ , курсив – отсутствие достоверности)

Психофизиологические показатели	КОРЭВ Вопрос 1	КОРЭВ Вопрос 2	КОРЭВ Вопрос 3	КОРЭВ Вопрос 4	КОРЭВ Вопрос 5
Точность	-0,084458	-0,091179	-0,080852	-0,195564	0,076109
Стабильность	0,003176	-0,076924	0,091859	-0,122210	0,133159
Возбуждение (уровень активации)	<b>0,223257</b>	0,141559	0,169938	<b>0,279102</b>	0,115015
Тренд (по возбуждению)	-0,023106	-0,068325	-0,052520	0,089798	0,042732

Изложенные данные отражают умеренную положительную связь между преобладанием возбуждения (уровня активации) со степенью выраженности повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости у всех исследованных пациентов.

### 5.1.5. Анализ различий психофизиологических показателей в исследованных группах больных.

Результаты анализа межгрупповых различий психофизиологических показателей представлены в таблице 49.

Таблица 49. Достоверность различий психофизиологических показателей в 1 и 2 исследованных группах пациентов ( $N=87$ , при  $p < 0,05$  различия достоверны)

Психофизиологические показатели	Сумма рангов Группа 1	Сумма рангов Группа 2	Значение P
Избирательность - Эффективность	1478,000	2350,000	0,363239
Избирательность - Латентность реакции	1589,000	2239,000	0,969065
Избирательность - Стабильность	1715,500	2112,500	0,258909
Теппинг - Частота касаний	1591,500	2236,500	0,951895
Теппинг - Лабильность	1537,500	2290,500	0,691785
Теппинг - Скვაжность	1658,000	2170,000	0,526452
Теппинг - Стабильность	1584,000	2244,000	0,996562
Динамичность нервной системы - Динамичность	<b>1812,000</b>	<b>2016,000</b>	<b>0,049924</b>
Динамичность нервной системы - Пропускная способность	1716,500	2111,500	0,255291
Динамичность нервной системы - Импульсивность	1525,500	2302,500	0,617180
Баланс нервных процессов - Точность	1441,000	2387,000	0,219417
Баланс нервных процессов - Стабильность	1521,000	2307,000	0,590140
Баланс нервных процессов - Возбуждение или уровень активации	<b>1890,000</b>	<b>1938,000</b>	<b>0,008468</b>
Баланс нервных процессов - Тренд возбуждения	1601,500	2226,500	0,883520

Как следует из представленных данных, между исследованными группами больных имелись некоторые различия. В первой группе (ВЗПРЭВ) средние значения динамичности были достоверно меньше, по сравнению со второй группой (НЗРЭВ), что свидетельствовало о более быстром обучении и формировании навыка у пациентов первой группы (ВЗПРЭВ). Кроме того, в этой группе были также достоверно меньше средние значения показателя возбуждения (уровня активации), что указывало на относительное преобладание тормозных процессов в первой группе (ВЗПРЭВ) и процессов возбуждения, активации во второй группе (НЗПРЭВ).

Таким образом, результаты проведенного психофизиологического анализа свидетельствуют о различиях в психофизиологических характеристиках исследованных групп больных в зависимости от выраженности проявлений эмоциональной возбудимости. Данные корреляционного анализа позволяют заключить о существовании связей интегративных показателей внимания, динамичности нервной системы, баланса нервных процессов с выраженностью клинических признаков эмоциональной возбудимости.

Установленные закономерности отражают существующие особенности пластичности мозга, связанные, в том числе и с выраженностью повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости. Для больных с высокими ее уровнями характерно напряжение адаптационных систем, с преобладанием процессов активации, некоторым улучшением внимания – сочетающихся лишь с ухудшением обучения и скорости формирования новых навыков и, как следствие, со снижением адаптационных возможностей. Можно думать, что в данном случае повышенная эмоциональная возбудимость является маркером ограниченности и истощения адаптационных механизмов, либо формирования вариантов пластичности мозга, присущих болезненным состояниям.

Результаты психофизиологического анализа позволяют также высказать предположение о том, что эмоциональная возбудимость активирует пластичность мозга и ее клинические признаки носят адаптационный характер. В клинической

картине НПР повышенная раздражительность и эмоциональная возбудимость может проявляться в качестве болезненного (дезадаптивного) симптома, тогда как у здоровых лиц она является лишь опережающей активной приспособительной реакцией.

## 5.2. Особенности вегетологических показателей в исследованных группах больных.

Исследование вегетологических показателей проводилось на основе вариационной пульсометрии на базе анализа R-R кардиоинтервалов, с определением вегетативного (симпатико-парасимпатического) тонуса в покое и при функциональных нагрузках (глазосердечная, синокаротидная, клино- и ортостатические пробы) (таблица 50).

Таблица 50. Международные спектральные кардиоинтервалометрические показатели.

Показатель	Описание	Физиологическая интерпретация
VLF [ $\text{мс}^2$ ]	Мощность волн очень низкой частоты ( $\leq 0,04$ Гц)	Степень нейрогуморальных влияний на ритм сердца
LF [ $\text{мс}^2$ ]	Мощность волн низкой частоты ( $\leq 0,04 - 0,15$ Гц)	Выраженность сосудистой синусовой аритмии
LF норм [п. у.]	Мощность волн низкой частоты в нормализованных единицах $\text{LF}/(\text{общая мощность спектра} - \text{VLF}) \times 100$	Относительная выраженность сосудистой синусовой аритмии
HF [ $\text{мс}^2$ ]	Мощность волн высокой частоты ( $\leq 0,15 - 0,4$ Гц, дыхательных волн)	Выраженность дыхательной синусовой аритмии
HF норм [п. у.]	Мощность волн высокой частоты в нормализованных единицах $\text{HF}/(\text{общая мощность спектра} - \text{VLF}) \times 100$	Относительная выраженность дыхательной синусовой аритмии
LF/HF	Отношение $\text{LF}[\text{мс}^2]/\text{HF}[\text{мс}^2]$	Отношение активности симпатического нерва к вагусу

Такой подход позволял оценивать вегетативный тонус, вегетативную реактивность и вегетативное обеспечение деятельности. Полученные спектральные кардиоинтервалометрические показатели интерпретировались на основании концепции вегетативной регуляции А.М.Вейна (1973, 1991, 1996). При анализе учитывались основные положения автора, а также другие современные представления о вегетативной нервной системе (ВНС), согласно которым в ее составе различают сегментарный и надсегментарный отделы. Первый из них обеспечивает гомеостаз покоя, второй – адаптивный гомеостаз.

Сегментарная вегетативная нервная система состоит из симпатического и парасимпатического отделов, преганглионарные нейроны которых находятся на разных уровнях спинного мозга и ствола головного мозга. Симпатическая нервная система обеспечивает адаптацию организма к условиям внешней среды, усиливая эрготропные реакции за счет увеличения продукции стрессреализующих гормонов и активации катаболических процессов. В свою очередь, парасимпатическая нервная система способствует сохранению постоянства внутренней среды организма (гомеостаза), выполняя в основном трофотропную функцию, что осуществляется за счет усиления анаболических процессов, увеличения синтеза белка, активации генетического аппарата клеток. Несмотря на то, что симпатический и парасимпатический отделы ВНС оказывают антагонистическое влияние на организм, в настоящее время общепризнанным является мнение об их синергическом взаимодействии. (Вейн А.М., 1998). Однако, чем выше исходная активность отдела ВНС, тем меньше его резервные возможности, тем быстрее наступает его истощение (закон исходного уровня Уайдлера, 1957).

Более высокий уровень адаптации к неблагоприятным факторам внешней среды осуществляется при участии надсегментарных образований, использующих для этой цели сегментарные структуры. Главными звеньями, надсегментарного отдела вегетативной нервной системы являются лимбическая система мозга и ретикулярная формация мозгового ствола (лимбико-ретикулярный комплекс, ЛРК). ЛРК осуществляет соматовегетативную интеграцию, направленную на системное обеспечение процессов жизнедеятельности организма при различных внешних и внутренних ситуациях через регуляцию эмоциональных, вегетативно – эндокринных, висцеральных и моторных функций, регуляцию сна и бодрствования, внимания и памяти. С помощью специфических ядер гипоталамуса и некоторых других структур ЛРК включаются железы внутренней секреции, которые играют важную роль в обеспечении целостных реакций организма.

По мнению А.М. Вейна (1988), в гипоталамусе следует различать не симпатический и парасимпатический отделы, а эрготропную и трофотропную зоны. Эрготропная система осуществляет приспособление организма к влиянию факторов внешней среды благодаря усилению энергопродукции за счёт активации катаболических процессов. Основную роль в обеспечении эрготропных реакций играют симпато – адреналовые механизмы. Сначала возникает неврогенная фаза, а затем (вторично) – гуморальная, связанная с накоплением стрессреализующих гормонов. Трофотропная система способствует сохранению и накоплению (депонированию) энергии в организме за счет активации анаболических процессов. В осуществлении трофотропных реакций принимают участие парасимпатический отдел ВНС и гормоны, обладающие анаболическим эффектом (инсулин, минералокортикоиды, половые гормоны). Указанные системы действуют синергически, но при определенных ситуациях начинает преобладать одна из них.

Изложенные положения легли в основу анализа и интерпретации полученных данных.

Последовательный анализ связей вегетативных показателей с выраженностью клинических проявлений повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости представлен далее в серии таблиц.

В таблице 51 показаны результаты анализа взаимосвязей фоновых вегетативных показателей и степени выраженности проявлений повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости (методика КОРЭВ).

Выявлена умеренная связь между показателями вегетативного тонуса - сегментарной симпатической активацией и выраженностью повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости в покое, что указывает на существующую фоновую симпатическую, эрготропную активацию у пациентов со значительно выраженными проявлениями эмоциональной возбудимости. Активация не характерна для состояния покоя и отражает особенности вегетативного тонуса таких больных.

Таблица 51. Корреляции вегетативных показателей и результатов методики КОРЭВ в фоне (ранговые корреляции,  $p < 0.05$ ,  $N=86$ )

Вегетативные показатели Фон	КОРЭВ Вопрос 1	КОРЭВ Вопрос 2	КОРЭВ Вопрос 3	КОРЭВ Вопрос 4	КОРЭВ Вопрос 5
ЧСС	-0,041202	0,026877	0,200108	0,137625	0,160542
LF norm (LOW FRIQ)	-0,250504	-0,099430	0,075730	-0,113430	0,170549
HF norm (HIGH FRIQ)	0,250504	0,099430	-0,075730	0,113430	-0,170549
LF/HF	-0,250504	-0,099430	0,075730	-0,113430	0,170549
%VLF (VERY LOW FRIQ) (спектр, надсегментарная)	-0,065081	-0,078541	0,129995	-0,009450	-0,170618
%LF (спектр, сегментарная)	-0,164841	-0,033408	-0,012021	-0,068965	<b>0,327826</b>
%HF (спектр, сегментарная)	0,169443	0,067128	-0,170900	0,050341	-0,043703

В таблице 52 даны результаты анализа взаимосвязей вегетативных показателей на глазосердечной пробе и степени выраженности проявлений повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости (методика КОРЭВ).

Таблица 52. Корреляции вегетативных показателей и результатов методики КОРЭВ на глазосердечной пробе (ранговые корреляции,  $p < 0.05$ ,  $N=86$ , курсив – отсутствие достоверности)

Вегетативные показатели на глазосердечной пробе	КОРЭВ Вопрос 1	КОРЭВ Вопрос 2	КОРЭВ Вопрос 3	КОРЭВ Вопрос 4	КОРЭВ Вопрос 5
ЧСС	-0,098740	0,052056	0,084484	0,153599	-0,005942
LF norm	-0,150566	-0,087889	-0,048095	-0,143927	0,057342
HF norm	0,150566	0,087889	0,048095	0,143927	-0,057342
LF/HF	-0,150566	-0,087889	-0,048095	-0,143927	0,057342
%VLF	0,021662	-0,028955	0,030259	0,116305	-0,184325
%LF	-0,120834	-0,078628	0,026699	-0,181872	0,190001
%HF	0,119768	0,067866	-0,112609	0,039762	0,050284
D ЧСС	-0,079198	-0,259820	0,062868	-0,112075	0,170214
D LF norm	-0,145427	-0,090341	0,098842	-0,027622	0,203463
D HF norm	0,145427	0,090341	-0,098842	0,027622	-0,203463
D LF/HF	-0,073894	-0,082874	0,164010	0,051029	0,234536
D VLF	-0,050671	-0,025367	0,093321	-0,081850	0,035730
D LF спектр	-0,115200	-0,070538	-0,060155	0,037508	0,061199
D HF спектр	0,179423	0,128484	-0,019398	0,149597	-0,113375

Полученные данные свидетельствуют об отсутствии достоверных корреляций на глазосердечной пробе, отражающей вегетативную реактивность и особенности общей симпатической регуляции.

В таблице 53 представлены результаты анализа взаимосвязей вегетативных

показателей на синокаротидной пробе и степени выраженности проявлений повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости (методика КОРЭВ).

Таблица 53. Корреляции вегетативных показателей и результатов методики КОРЭВ на синокаротидной пробе (ранговые корреляции,  $p < 0.05$ ,  $N=86$ , курсив – отсутствие достоверности)

Вегетативные показатели на синокаротидной пробе	КОРЭВ Вопрос 1	КОРЭВ Вопрос 2	КОРЭВ Вопрос 3	КОРЭВ Вопрос 4	КОРЭВ Вопрос 5
ЧСС	<i>-0,111228</i>	<i>-0,000151</i>	<i>0,115380</i>	<i>0,091108</i>	<i>-0,015441</i>
LF norm	<i>-0,263324</i>	<i>-0,116149</i>	<i>-0,080462</i>	<i>-0,124977</i>	<i>0,251101</i>
HF norm	<i>0,263324</i>	<i>0,116149</i>	<i>0,080462</i>	<i>0,124977</i>	<i>-0,251101</i>
LF/HF	<i>-0,263324</i>	<i>-0,116149</i>	<i>-0,080462</i>	<i>-0,124977</i>	<i>0,251101</i>
%VLF	<i>-0,184977</i>	<i>-0,102247</i>	<i>0,125788</i>	<i>-0,056379</i>	<i>-0,131830</i>
%LF	<i>-0,126912</i>	<i>-0,053347</i>	<i>-0,093673</i>	<i>-0,036452</i>	<b>0,383843</b>
%HF	<i>0,229399</i>	<i>0,065201</i>	<i>-0,065986</i>	<i>0,066724</i>	<i>-0,139197</i>
D ЧСС	<i>-0,117704</i>	<i>-0,149491</i>	<i>0,097884</i>	<i>-0,045102</i>	<i>0,052317</i>
D LF norm	<i>-0,052136</i>	<i>0,047278</i>	<i>0,058537</i>	<i>0,052282</i>	<i>-0,268501</i>
D HF norm	<i>0,052136</i>	<i>-0,047278</i>	<i>-0,058537</i>	<i>-0,052282</i>	<i>0,268501</i>
D LF/HF	<i>-0,024783</i>	<i>0,033165</i>	<i>0,140334</i>	<i>0,154625</i>	<i>-0,173926</i>
D VLF	<i>0,029425</i>	<i>0,043891</i>	<i>-0,028812</i>	<i>0,080263</i>	<i>-0,041675</i>
D LF спектр	<i>-0,118485</i>	<i>-0,008468</i>	<i>0,003865</i>	<i>-0,088040</i>	<i>-0,218758</i>
D HF спектр	<i>-0,011784</i>	<i>-0,026673</i>	<i>0,037526</i>	<i>-0,087901</i>	<i>0,256083</i>

Как следует из данных, на синокаротидной пробе, которая отражает особенности вегетативной реактивности - сегментарной симпатической регуляции, по-прежнему выявляется умеренная связь между сегментарной симпатической активацией и значительной выраженностью эмоциональной возбудимости.

В таблице 54 изложены результаты анализа взаимосвязей вегетативных показателей на ортостатической пробе и степени выраженности проявлений повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости (методика КОРЭВ).

Изложенные данные свидетельствуют о взаимосвязях между показателями вегетативного обеспечения деятельности и степенью выраженности повышенной эмоциональной возбудимости.



Таблица 54. Корреляции вегетативных показателей и результатов методики КОРЭВ на ортостатической пробе (ранговые корреляции,  $p < 0.05$ ,  $N=86$ , курсив – отсутствие достоверности)

Вегетативные показатели на ортостатической пробе	КОРЭВ Вопрос 1	КОРЭВ Вопрос 2	КОРЭВ Вопрос 3	КОРЭВ Вопрос 4	КОРЭВ Вопрос 5
ЧСС	<b>-0,266179</b>	-0,046932	-0,050606	-0,106598	0,065928
LF norm	<b>-0,356974</b>	-0,169947	-0,171232	<b>-0,312748</b>	0,025307
HF norm	<b>0,356974</b>	0,169947	0,171232	<b>0,312748</b>	-0,025307
LF/HF	<b>-0,357652</b>	-0,171695	-0,170095	<b>-0,313269</b>	0,026030
% VLF	<b>-0,318868</b>	0,017927	-0,006182	0,001340	-0,252144
%LF	0,050929	-0,040380	-0,047142	-0,145186	<b>0,279033</b>
%HF	<b>0,435220</b>	0,121347	0,045139	0,221491	0,113814
D ЧСС	<b>0,301989</b>	0,086134	<b>0,280071</b>	0,206943	0,047484
D LF norm	0,101238	0,112625	0,244907	0,186015	0,062271
D HF norm	-0,101238	-0,112625	-0,244907	-0,186015	-0,062271
D LF/HF	<b>0,277365</b>	0,193534	0,216864	<b>0,332050</b>	0,012316
D VLF	0,229978	-0,035794	0,063243	0,016210	0,078837
D LF спектр	-0,162127	0,072862	0,091286	0,095515	0,023615
D HF спектр	-0,083313	-0,020646	-0,203060	-0,068184	-0,044541

В частности, появившаяся умеренная отрицательная корреляция выраженности повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости с ЧСС (отражающая центральные регулирующие воздействия) и коэффициентом вегетативного напряжения (LF/HF), а также умеренная положительная - с показателями общей и сегментарной парасимпатической активности (HF и %HF), свидетельствуют о парасимпатической активации, имеющей преимущественно сегментарный характер. Что говорило о развивающемся истощении и слабости в симпатических сегментарных отделах ВНС. Отрицательная корреляция с показателем надсегментарных регулирующих влияний (%VLF) указывала на их недостаточность.

Следует также указать на то, что динамика приведенных показателей, в свою очередь, положительно коррелировала с выраженностью проявлений повышенной эмоциональной возбудимости. Сохраняющаяся связь сегментарной симпатической активации (% LF) со значительной выраженностью проявлений повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости говорит о стабильности обнаруженной особенности таких пациентов.

Описанные взаимосвязи свидетельствовали о перевозбуждении

центральных звеньев регуляции вегетативного обеспечения деятельности на фоне истощения механизмов сегментарной вегетативной регуляции у пациентов с выраженными проявлениями эмоциональной возбудимости.

В таблице 55 даны результаты анализа взаимосвязей вегетативных показателей на клиностатической пробе и степени выраженности проявлений повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости (методика КОРЭВ).

Таблица 55. Корреляции вегетативных показателей и результатов методики КОРЭВ на клиностатической пробе (ранговые корреляции,  $p < 0.05$ , N=86, курсив – отсутствие достоверности)

Вегетативные показатели на клиностатической пробе	КОРЭВ Вопрос 1	КОРЭВ Вопрос 2	КОРЭВ Вопрос 3	КОРЭВ Вопрос 4	КОРЭВ Вопрос 5
ЧСС	-0,027937	-0,061168	0,025252	0,101614	-0,033277
LF norm	-0,045437	-0,177464	-0,015127	-0,092701	0,202688
HF norm	0,045437	0,177464	0,015127	0,092701	-0,202688
LF/HF	-0,045437	-0,177464	-0,015127	-0,092701	0,202688
%VLF	0,139047	-0,035670	0,066484	0,123637	-0,088723
%LF	-0,077167	-0,101125	-0,091211	-0,106930	<b>0,307631</b>
%HF	0,041336	0,189649	-0,058367	0,087648	-0,042673
D ЧСС	-0,174695	-0,032016	0,200528	-0,074600	0,117648
D LF norm	-0,130999	0,092867	0,155328	0,032493	-0,017028
D HF norm	0,130999	-0,092867	-0,155328	-0,032493	0,017028
D LF/HF	-0,049644	0,064536	0,201157	0,083995	0,118652
D VLF	-0,184944	-0,038435	-0,003233	-0,115214	-0,044899
D LF спектр	-0,075188	0,068671	0,058121	0,077997	-0,014554
D HF спектр	0,253660	-0,002819	-0,074250	0,065349	0,042352

Клиностатическая проба направлена на оценку этапа восстановления вегетативного обеспечения деятельности. Полученные с ее помощью результаты демонстрируют умеренную взаимосвязь между показателем сегментарной симпатической регуляции (%LF) и значительной эмоциональной возбудимостью. Это позволяет рассматривать данную особенность вегетативного обеспечения деятельности, как устойчивую сквозную характеристику пациентов с выраженными проявлениями эмоциональной возбудимости.

В дополнение к корреляционному анализу, был использован метод непараметрического сравнения вегетативных показателей в исследовательских группах. Необходимо отметить, что, как и при рассмотрении взаимосвязей

вегетативных данных с выраженностью проявлений повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости, наибольшее число достоверных сведений получено при оценке вегетативного обеспечения деятельности, на ортостатической пробе. Они приведены в таблице 56. Недостоверные результаты для вегетативного тонуса и вегетативной реактивности не представлены и далее не анализируются.

Таблица 56. Достоверность различий вегетологических показателей на ортостатической пробе в 1 и 2 исследованных группах пациентов (при  $p < 0,05$  различия достоверны).

Вегетативные показатели на ортостатической пробе	Сумма рангов Группа 1	Сумма рангов Группа 2	Значение P
ЧСС	629,0000	1024,000	0,541886
LF norm	<b>516,0000</b>	<b>1137,000</b>	<b>0,014366</b>
HF norm	<b>818,0000</b>	<b>835,000</b>	<b>0,014366</b>
LF/HF	<b>515,5000</b>	<b>1137,500</b>	<b>0,014045</b>
%VLF	630,0000	1023,000	0,552714
%LF	645,0000	1008,000	0,726554
%HF	<b>791,0000</b>	<b>862,000</b>	<b>0,044557</b>
D ЧСС	686,0000	854,000	0,232469
D LF norm	737,0000	859,000	0,177333
D HF norm	574,0000	1022,000	0,177333
D LF/HF	<b>802,0000</b>	<b>794,000</b>	<b>0,015034</b>
D VLF	662,0000	934,000	0,920402
D LF спектр	680,0000	916,000	0,689371
D HF спектр	640,0000	956,000	0,802728

Анализ различий между исследовательскими группами демонстрирует, что ортостатическая проба, в норме сопровождающаяся активацией симпатического отдела ВНС (и ростом показателей LF и LF/HF), в 1 группе (ВЗПРЭВ) демонстрировала значительно меньшую симпатическую активацию, без синергической парасимпатической активации (%HF) - которые регистрировались во 2 группе (НЗПРЭВ), несмотря на достоверно больший рост показателя вегетативного напряжения (DLF/HF). Эти данные предположительно указывают на слабость, либо истощение надсегментарных и сегментарных симпатических, эрготрофных регулирующих влияний, что находится в соответствии с результатами корреляционного анализа.

Полученные результаты свидетельствуют о различиях вегетативного

тонуса, вегетативной реактивности, вегетативного обеспечения деятельности и особенностей анатомо-функциональной структуры вегетативной регуляции в исследованных группах больных с различной выраженностью проявлений раздражительности и эмоциональной возбудимости.

Данные корреляционного анализа позволяют заключить о существовании сквозной, стабильно проявляющейся в фоне и почти всех нагрузочных пробах, связи сегментарной симпатической активации (% LF) со значительной выраженностью проявлений повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости.

Кроме того, выявлена преимущественно сегментарная парасимпатическая активация в ортостатической пробе, свидетельствующая о развивающемся истощении и слабости в симпатических сегментарных отделах ВНС. Такие особенности вегетативной регуляции могут свидетельствовать о перевозбуждении центральных звеньев регуляции вегетативного обеспечения деятельности на фоне истощения механизмов сегментарной вегетативной регуляции у пациентов с выраженными проявлениями эмоциональной возбудимости.

Результаты анализа различий вегетативных показателей в исследованных группах также указывают на слабость, либо истощение надсегментарных и сегментарных симпатических, эрготрофных регулирующих влияний, что находится в соответствии с находками корреляционного анализа.

### **5.3. Особенности нейрофизиологических (ЭЭГ) показателей.**

Нейрофизиологическое обследование больных 1-й (ВЗПРЭВ) и 2-й (НЗПРЭВ) исследовательских групп проводилось на основе многоканальной ЭЭГ в состояниях бодрствующего покоя и активационной нагрузки (в виде громкого прерывистого звука) с оценкой спектральной мощности дельта-, тета-, альфа-, бета- и гамма-ритмов. В его задачи входило выявление ЭЭГ-коррелятов клинических проявлений эмоциональной возбудимости.

ЭЭГ-исследования выполнялись только у пациентов, не получавших

психофармакологических препаратов. Запись электрической активности мозга выполнялась в состоянии бодрствующего покоя с закрытыми глазами на компьютерном энцефалографе Neurotravel 24D фирмы Ates Medica Soft. Процедура записи осуществлялась в помехо-защищенной комнате монополярным способом от 19 активных электродов, расположенных по международной схеме 10-20: затылочных (O2, O1), теменных (P4, P3), центральных (C4, C3), лобных (F4, F3), лобных полюсных (Fp2, Fp1), нижних лобных (F8, F7), височных задних (T6, T5), височных средних (T4, T3) правого и левого полушарий, а также сагиттальных – теменного (Pz) центрального (Cz), лобного (Fz). В качестве индифферентного использовался объединенный ушной электрод. Фильтры низких частот во время записи устанавливались на 1 Гц, высоких – 70 Гц, использовался также режекторный фильтр сетевой наводки 50 Гц.

Проводилась обработка безартефактных фрагментов ЭЭГ общей длительностью около 120 сек, оцифрованной с частотой 256 в секунду по каждому каналу. Для получения частотно амплитудных характеристик ЭЭГ применялся спектральный анализ с быстрым преобразованием Фурье. С помощью этого метода в частотной полосе 1-45 Гц выделено 5 традиционных ритмов: дельта (1-3 Гц), тета (4-7) Гц, альфа (8-13 Гц), бета (14-30 Гц), гамма 3 (31-45 Гц). Для дальнейшего статистического анализа данных вычислялся натуральный логарифм абсолютной спектральной мощности каждого ритма.

Реактивные изменения ЭЭГ оценивались при действии активационной нагрузки в виде громкого прерывистого тона 30 Гц 20dB. Вычислялась разность спектральной мощности дельта-, тета-, альфа-, бета- и гамма-ритмов после этой нагрузки и фоновой ЭЭГ.

Анализ нейрофизиологических данных, позволил выявить ряд особенностей исследованных групп.

Так, в фоновой ЭЭГ (рисунок 8) в 1 группе (ВЗПРЭВ) больных отмечалась большая представленность дельта-ритма в затылочных отделах, с преобладанием в правом полушарии, что может свидетельствовать о снижении уровня

функциональной активности этих областей мозга.

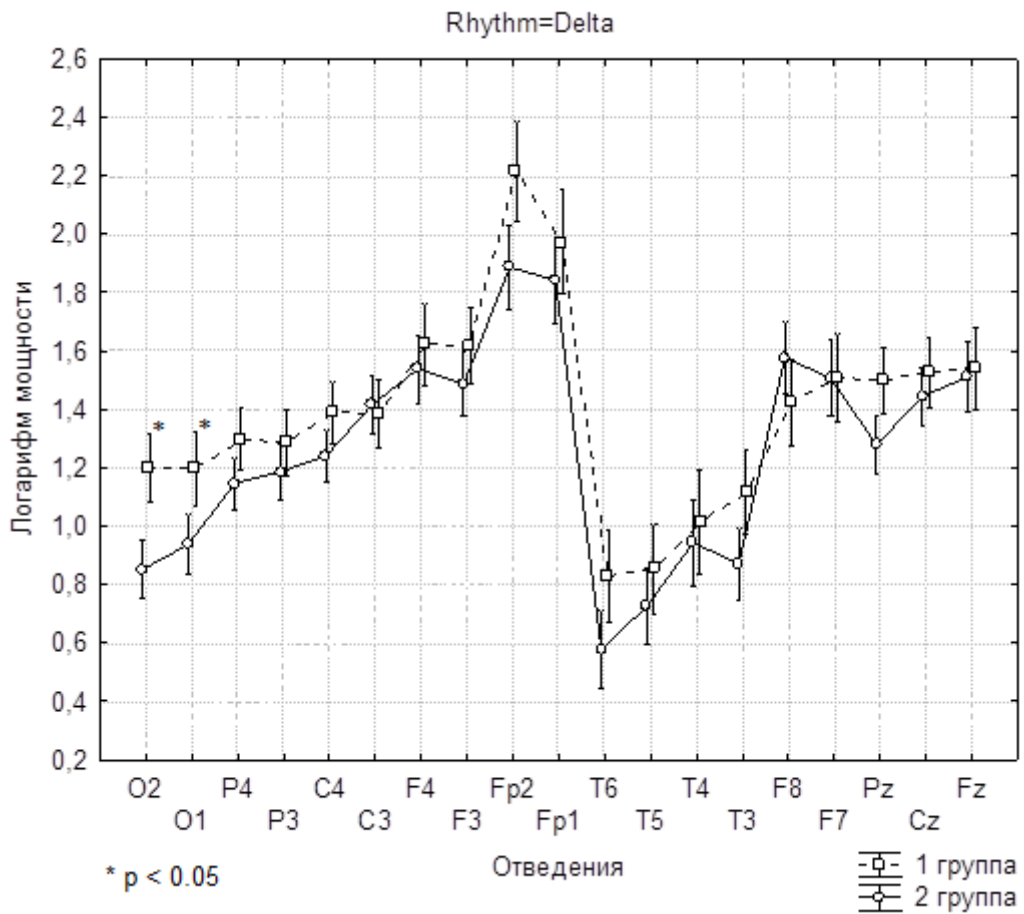


Рисунок 8. Фоновая ЭЭГ, представленность дельта-ритма

В ЭЭГ с нагрузкой различия между группами становились более выраженными, при этом у пациентов 1 группы (ВЗПРЭВ) происходило усиление дельта-ритма в лобных отделах, что характерно для снижения функциональной активности (гипофронтальности), приводящей к ослаблению регулирующих функций этих зон мозга. Во 2 группе (НЗПРЭВ), напротив, происходила стимуляция лобных отделов с усилением функций контроля (рисунок 9).

Полученные результаты могут свидетельствовать о снижении функциональных (регуляторных) возможностей мозга и контроля в лобных отделах в 1 группе больных под влиянием стрессовых нагрузок и их повышении во 2 группе.

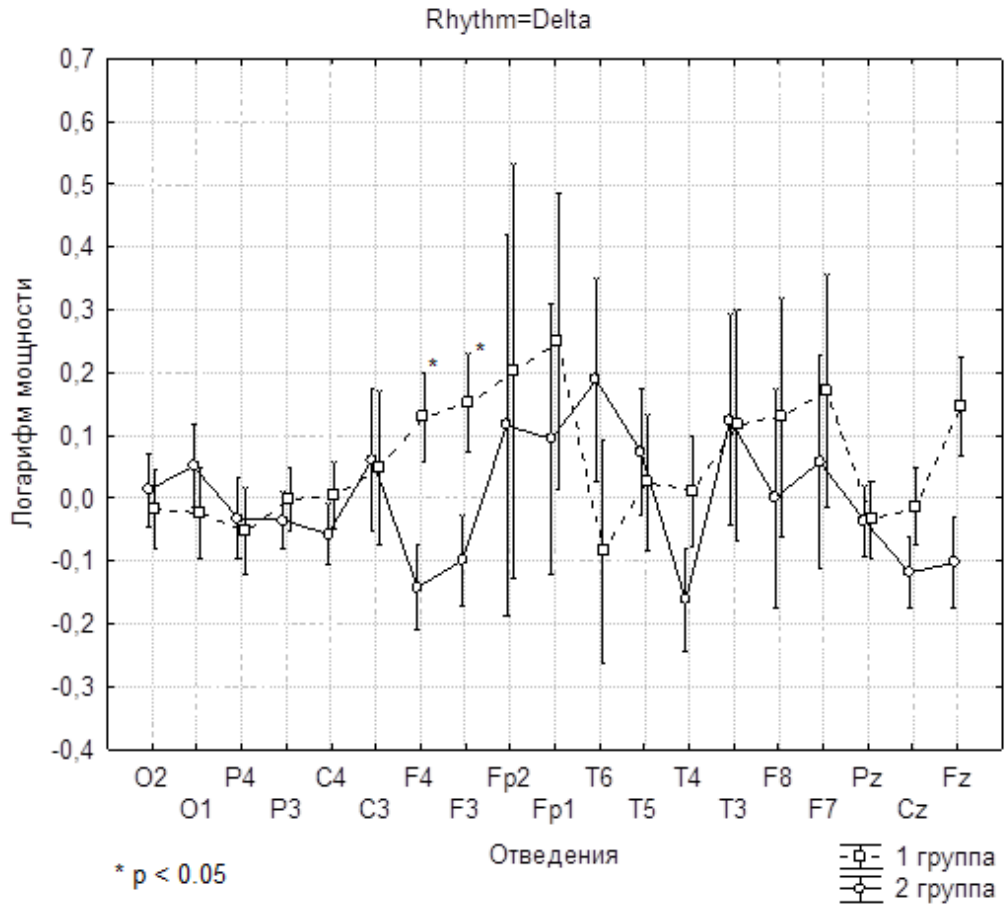


Рисунок 9. ЭЭГ с нагрузкой, представленность дельта-ритма

Сравнительный анализ связей клинических характеристик проявлений повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости с большинством ЭЭГ-феноменов позволил определить ряд из них, которые обнаруживают множественные корреляции с ритмами фоновой ЭЭГ (рисунок 10-15).

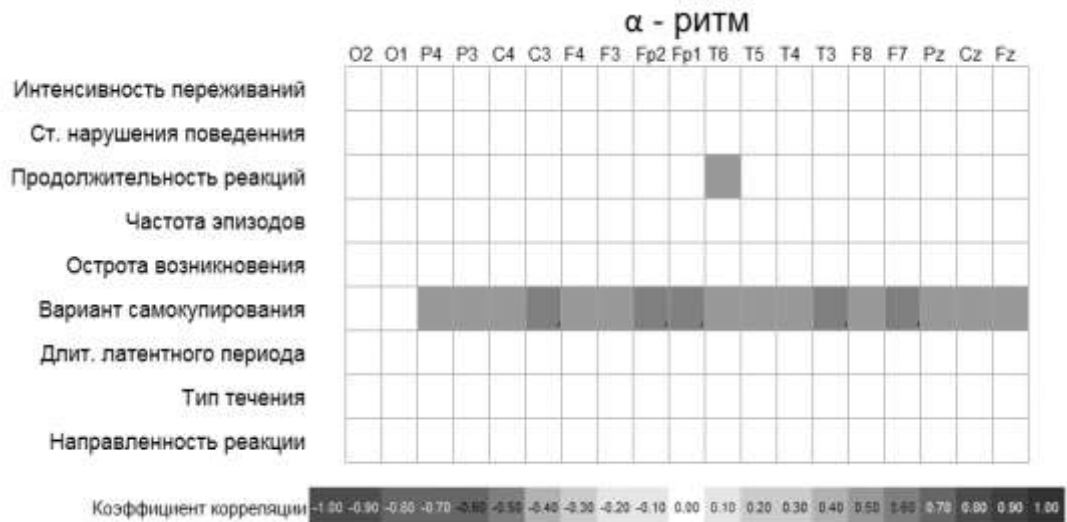


Рисунок 10. Корреляции данных энцефалографии с клиническими характеристиками проявлений повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости (альфа-ритм).

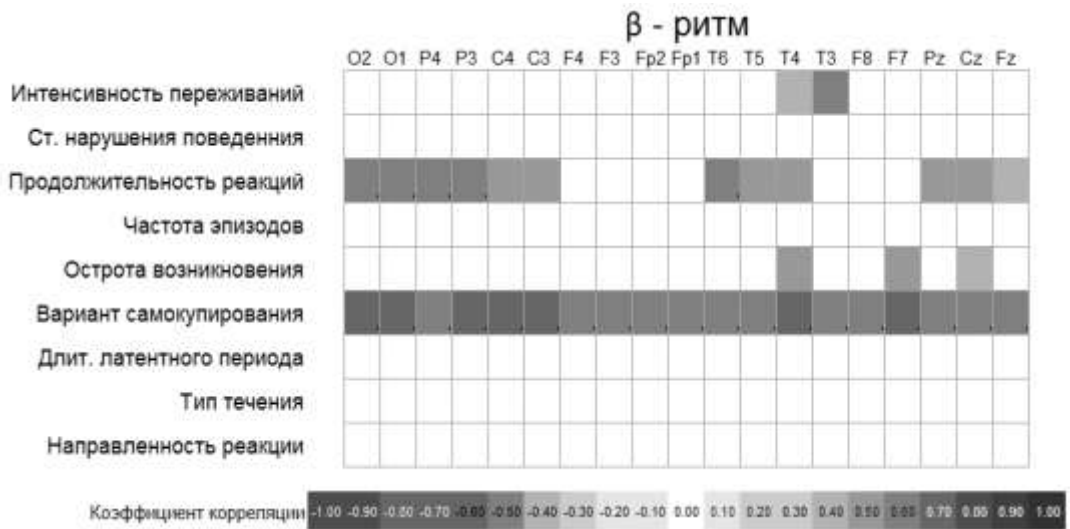


Рисунок 11. Корреляции данных энцефалографии с клиническими характеристиками проявлений повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости (бета-ритм).

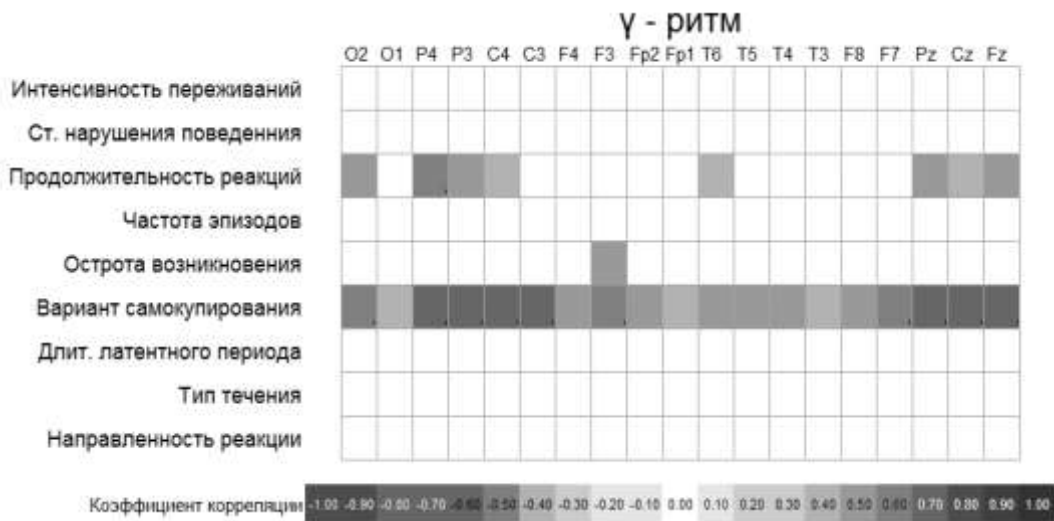


Рисунок 12. Корреляции данных энцефалографии с клиническими характеристиками проявлений повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости (гамма-ритм).

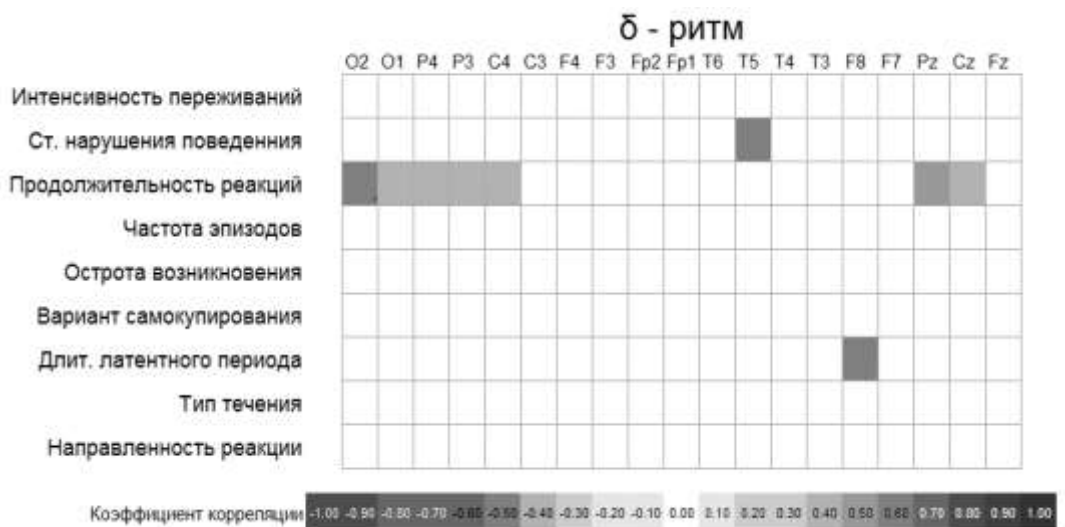


Рисунок 13. Корреляции данных энцефалографии с клиническими характеристиками проявлений повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости (дельта-ритм).



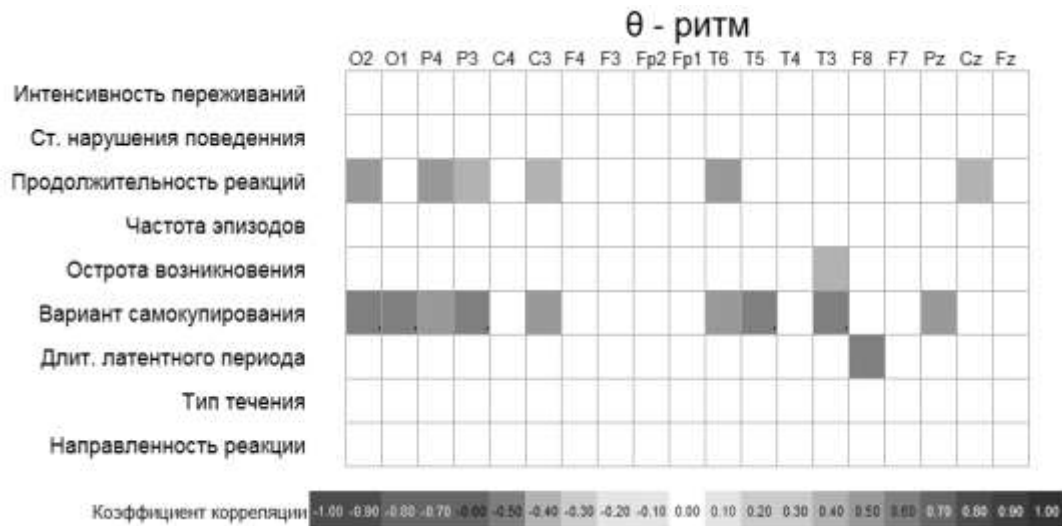


Рисунок 14. Корреляции данных энцефалографии с клиническими характеристиками проявлений повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости (тета-ритм).

К ним относятся продолжительность реакции, либо состояния и варианты редукции, самокупирования. Более тяжелые, такие как затяжные, медленно самокупирующиеся реакции и состояния соответствуют усилению мощности диапазонов преимущественно альфа-, бета-, гамма- ритмов и в меньшей степени усилению дельта- и тета-ритмов, что свидетельствует о глобальном нарастании процессов синхронизации альфа-, бета- и гамма- ритмов. Однако для разных ритмов наблюдались различия пространственной структуры корреляционных связей. Это указывало на частотно-пространственную избирательность процессов синхронизации.

В ЭЭГ с нагрузкой тяжесть, интенсивность переживаний отрицательно коррелировала с выраженностью реакции депрессии альфа-ритма, что отражало снижение реактивности ЭЭГ по альфа-ритму в ответ на внешние раздражители (рисунок 15).

Результаты нейрофизиологических исследований свидетельствуют о наличии особенностей функциональной активности различных областей мозга, связанных с наличием повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости и характеристиками ее клинических проявлений и течения заболевания.

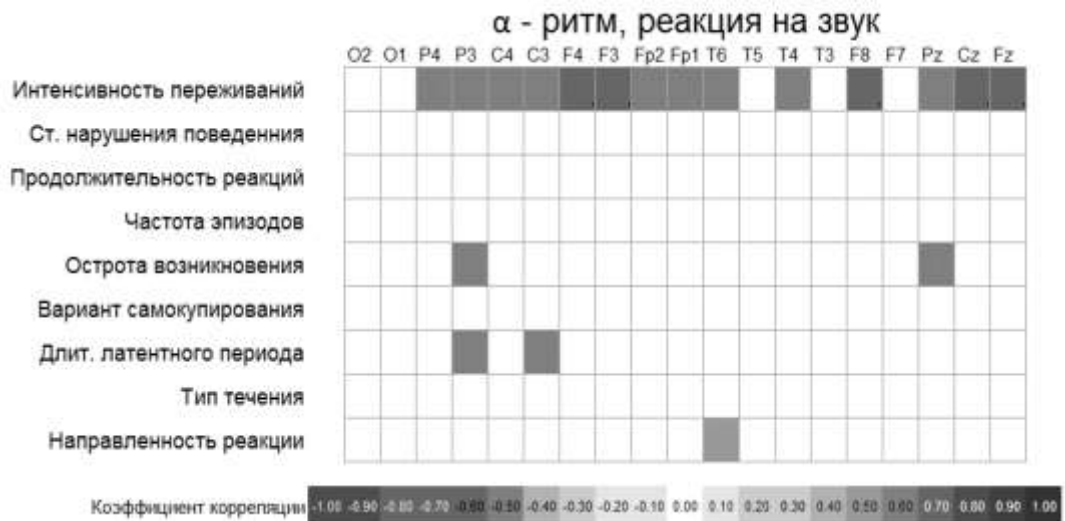


Рисунок 15. Корреляции данных энцефалографии с клиническими характеристиками проявлений повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости на фоне активационной нагрузки (альфа- ритм, реакция на звук).

Полученные сведения говорят о том, что симптомы повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости обнаруживают относительно небольшое количество ЭЭГ коррелятов, отражающих локальные особенности ЭЭГ различных областей мозга. В то время как проявления агрессии напротив отражаются, как известно (Киренская А.В., 2008), генерализованными множественными изменениями ЭЭГ, в которых ведущим выступает процесс десинхронизации электрических процессов в тета-, альфа- и бета-диапазонах. Это позволяет утверждать о самостоятельной значимости установленных в работе особенностей ЭЭГ.

Обнаруженные в нейрофизиологических исследованиях ЭЭГ-феномены, уникальные и специфичные для состояний, протекающих с повышенной раздражительностью и эмоциональной возбудимостью, могут составить основу для выявления таких нарушений и их ранней профилактики у лиц особых профессий.

## ГЛАВА 6.

### **Особенности терапии больных с различным уровнем повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости.**

Говоря о психофармакотерапии выраженных эмоциональных расстройств, протекающих с повышенной раздражительностью и эмоциональной возбудимостью, следует отметить отсутствие значительного прогресса в этой области за последнее время.

По данным литературы, используются психотропные средства из различных классов - транквилизаторов, антидепрессантов, нейролептиков, антиконвульсантов. Вплоть до проведения ЭСТ в некоторых случаях выраженных эмоциональных расстройств (Perugi G. et al., 2013).

Значительное число исследований посвящено назначению различных серотонинэргических антидепрессантов для контроля импульсивной агрессивности, гневливости, раздражительности и сниженного настроения. Однако получаемые сведения достаточно противоречивы. Примером эффективности такой терапии может служить работа T. Butler et al. (2010) с назначением сертралина у лиц, повторно совершавших насильственные действия, с достоверным снижением их числа среди лиц регулярно получающих препарат. Напротив, в работе R. Perlis et al. (2011) повышенная раздражительность, определявшая психический статус пациентов вместе с отдельными психотическими симптомами, коррелировала с невысокими результатами лечения циталопрамом большого депрессивного расстройства.

Большая однозначность и эффективность лечения прослеживается в работах, где авторами используются для лечения раздражительности и других, более тяжелых проявлений эмоциональной возбудимости современные т.н. атипичные нейролептические препараты. В частности, F. Venazzi et al. (2006) приходит к мнению, что такие особенности клинической картины биполярной депрессии, либо смешанного аффективного расстройства, как раздражительность, гневливость требуют обязательного дополнительного назначения атипичных

нейролептиков. Эти же препараты, в частности оланзапин показывают высокую эффективность, особенно в сочетании с психотерапией, у женщин с пограничным расстройством личности. У них отмечалась быстрая редукция раздражительности, гневливости, агрессивности и симптомов депрессии, в отличие от плацебо (Linehan M. et al., 2008). В другом исследовании, назначение кветиапина пациентам с ажитированной депрессией, высокой раздражительностью и суицидальными намерениями быстро уменьшало проявления тревоги, раздражительность и снижало риск суицида, нередко возникающий при небрежном назначении только антидепрессантов таким больным (Nishiyama A, Matsumoto H., 2013).

В новейших исследованиях с разработанными в последние годы нейролептическими препаратами, в частности в работе M. Fava, F. Ménard, C. Kampp Davidsen, R.A. Baker (2016) у пациентов с большим депрессивным расстройством (MDD по критериям DSM-IV-TR), протекающим с раздражительностью, приступами гнева и неадекватным ответом на терапию антидепрессантами, утверждается, что раздражительность и гнев хотя и не относятся к стандартным критериям большого депрессивного расстройства, встречаются у от 1/3 до 1/2 пациентов с депрессией, ассоциируются с более ранним началом заболевания, высоким уровнем тревожности в состоянии, импульсивностью, астеническими симптомами, идеями самообвинения, суицидальным поведением, дезадаптацией. Авторами установлено, что дополнительное назначение к антидепрессанту нейролептического препарата брекспипразола сопровождалось значительным уменьшением раздражительности, приступов гнева, одновременно с уменьшением выраженности депрессивных симптомов уже к 6-й неделе лечения, что подтверждалось данными ряда специализированных опросников (SIS-шкалы раздражительности Шихана, BIS-шкалы импульсивности Барратта, MADRS – шкалы Монтгомери-Асберга для оценки уровня депрессии и др.). Исследователи приходят к заключению, что назначение брекспипразола дополнительно к антидепрессанту может представлять

собой эффективную стратегию для лечения симптомов раздражительности и гнева у пациентов с БДР и неадекватным ответом на терапию. Эффекты брекспипразола связаны, по их мнению, со сложным фармакологическим профилем препарата, в частности с влиянием на серотониновые, дофаминовые системы и его норадренергическими эффектами.

С учетом имеющихся эмпирических клинических данных, делались попытки применения антиконвульсантов для лечения агрессии и связанной с ней импульсивности. Однако, как показал метаанализ 14 плацебо-контролируемых исследований, включавших назначение вальпроата натрия, карбамазепина, окскарбазепина и фенитоина, в силу нехватки данных рекомендовать какое-либо из этих противоэпилептических средств для лечения выраженных эмоциональных расстройств не представляется возможным (Huband N. et al., 2010).

В рамках нашего исследования лечение НПР у всех больных исходило из современных стандартов терапии и включало в себя психофармакотерапию, различные психотерапевтические и физиотерапевтические методы. В основной группе пациентов применялись индивидуальные лечебно-реабилитационные программы, разработанные и используемые в отделении реабилитации Отдела пограничной психиатрии для различных нозологических форм НПР (Тихоненко В.А. с соавт., 2005). Они включали различные виды психотерапии (соматическую терапию психической травмы, гештальт-терапию, экзистенциальную терапию, арт-терапию, краткосрочные психотерапевтические курсы рациональной и проблемно ориентированной терапии), физиотерапевтические способы лечения, метод биологической обратной связи, иглорефлексотерапию. При этом часть из них была ориентирована на продолжение после выписки из стационара.

Сравнительная оценка эффективности психофармакологических средств и методов психотерапии не входила в задачи настоящей работы и поэтому не проводилась. Тем не менее, в соответствии с дизайном работы **на втором этапе исследования** был проведен анализ некоторых терапевтических подходов, аспектов терапевтической динамики и особенностей назначаемой лекарственной

терапии в **основной исследовательской группе (89 больных)**, а также в **группе сравнения (78 больных)**, в которой отсутствовали клинические проявления повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости. Основные характеристики группы сравнения представлены в таблицах 57-59.

Таблица 57. Распределение больных по полу и возрасту в группе сравнения (78 чел.).

Показатели		%, абс. число 100 [78 чел.]
Мужчины		32,6 [30]
Женщины		67,4 [48]
Возраст, лет	14-19	1,3 [1]
	20-29	24,4 [19]
	30-39	32,1 [25]
	40-49	19,2 [15]
	50-59	20,5 [16]
	60-65	2,5 [2]
Средний возраст, лет		33,7 ± 1,21

Таблица 58. Нозологическая характеристика пациентов группы сравнения (78 чел.), в соответствии с диагностическими рубриками расстройств в МКБ-10

Нозологические подгруппы (коды по МКБ-10)	% [Абс. число]
Расстройства настроения (аффективные расстройства) F31-F34	55,1 [43]
Невротические, связанные со стрессом и соматизированные расстройства F40-F48	17,9 [14]
Органические непсихотические расстройства F06 (часть)	23,1 [18]
Расстройства зрелой личности и поведения у взрослых F60-F61	3,9 [3]
<b>Всего</b>	<b>100 [78]</b>

Таблица 59. Синдромологическая характеристика пациентов группы сравнения (78 чел.).

Выделенные подгруппы ведущих психопатологических расстройств	% [Абс. число]
Депрессивные расстройства	73 [57]
Тревожные, фобические и обсессивные расстройства	12,8 [10]
Астенические расстройства	9 [7]
Соматоформные расстройства	1,3 [1]
Личностные расстройства	3,9 [3]
<b>Всего</b>	<b>100 [78]</b>

Как следует из представленных в таблицах 57-59, ведущие клинические характеристики (социо-демографические, нозологические и синдромальные) пациентов группы сравнения были близки к показателям основной

исследовательской группы (см. Глава 2, таблицы 11-13, настоящего исследования), а имеющиеся различия были недостоверными ( $p > 0,05$ , табличные методы).

Текущее лечение в обеих группах (основной исследовательской группе и группе сравнения) проводилось с учетом клинических особенностей состояния больных и результатов дополнительных параклинических методов исследования.

Пациенты **группы сравнения** получали общепринятое и традиционно назначаемое лечение с учетом клинических характеристик НПР, сопутствующих неврологических и соматических нарушений. В зависимости от клинической картины проводилось лечение антидепрессантами, нейролептическими препаратами, транквилизаторами, нормотимиками, ноотропными и сосудистыми препаратами, различными видами психотерапии, что сопровождалось постепенной редукцией имевшихся нарушений. При этом не было установлено преимущественного использования для лечения больных тех или иных препаратов внутри основных классов психотропных средств, скорее предпочтение отдавалось более современным лекарственным средствам. Особенности терапии и терапевтическая динамика, как правило, определялись клинико-динамическими характеристиками имеющегося НПР и индивидуальной переносимостью лечения. Поддерживающая терапия после выписки из стационара назначалась 34 пациентам (43,6 % случаев), в течение года повторно обращались за помощью 25 человек (32,1 % случаев).

Проведенный анализ позволил заключить, что в отличие от **группы сравнения**, терапия пациентов **основной группы**, с проявлениями повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости, представляла определенные сложности и имела ряд особенностей, что совпадало с имеющимися литературными сведениями, наиболее характерные из которых приведены выше.

Лечение больных **основной группы** также подразумевало традиционные средства, назначаемые с учетом нозологической принадлежности НПР, синдромальных и другие клинических особенностей, наличия дополнительной

неврологической и соматической отягощенности. При выборе методов лечения и конкретных препаратов во внимание принимались как литературные сведения, так и данные полученные в процессе работы, в частности, о наличии и выраженности повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости, результаты клинико-психологических, психофизиологических и нейрофизиологических методов. Такой подход предопределил назначения ряда дополнительных к традиционному лечению, индивидуально подобранных препаратов («добавок»), способствовавших редукции основного симптомокомплекса, а с ней - проявлений повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости. Большинство пациентов основной группы получали именно такую терапию с «добавками». Кроме того, в дополнение к психофармакотерапии использовались комплексные дифференцированные реабилитационные программы (таблица 60).

В процессе последующего анализа были установлены особенности терапии НПР в ранее выделенных, с учетом выраженности повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости, исследовательских группах больных: 1-й (ВЗПРЭВ, 37 чел.) и 2-й (НЗПРЭВ, 52 чел.). Принимая во внимание значительную представленность раздражительности и эмоциональной возбудимости, а также другие характеристики психического состояния, у пациентов **1-й группы (ВЗПРЭВ)** обычно проводилась комбинированная психофармакотерапия (у 30 чел., в 81,1 % случаев). Как правило, в нее входили: достаточно широкая группа антидепрессантов, обычно с седативным, либо сбалансированным компонентом действия (таких как миртазапин, флувоксамин, миансерин, циталопрам, дулоксетин, венлафаксин, мапротилин, тразадон); нейролептические препараты (обычно это были кветиапин, оланзапин, алимемазин, тиоридазин, значительно реже – перициазин), нормотимики (карбамазепин, вальпроевая кислота, ламотриджин).



Таблица 60. Индивидуальные лечебно-реабилитационные программы, использованные в основной группе больных.

<b>Заболевание</b>	<b>Состав программы</b>
Реакции на тяжелый стресс и нарушения адаптации	Соматическая терапия психической травмы Гештальт-терапия Арт-терапия Метод биологической обратной связи Физиотерапия
Психогенные (непсихотические) депрессии	Экзистенциальная психотерапия Соматическая терапия психической травмы Метод биологической обратной связи Иглорефлексотерапия Физиотерапия
Тревожные и тревожно-фобические расстройства	Гештальт-терапия или Экзистенциальная психотерапия Арт-терапия Метод динамической саморегуляции Метод биологической обратной связи Иглорефлексотерапия Физиотерапия
Соматоформные расстройства	Метод динамической саморегуляции Арт-терапия Экзистенциальная психотерапия Метод биологической обратной связи Иглорефлексотерапия Физиотерапия
Органические непсихотические расстройства (травматического, сосудистого генеза)	Метод биологической обратной связи Иглорефлексотерапия Физиотерапия Краткосрочные курсы психотерапии

В некоторых случаях применялись высокопотентные транквилизаторы (альпрозолам, феназепам, клоназепам), дополнительные препараты из группы ноотропов, метаболических и сосудистых средств (пикамилон, глиатилин, мексидол, фенибут и др.). Обычно требовался подбор средств, исходя из переносимости лечения, в том числе из-за сопутствующих неврологических нарушений, часто имеющих у этих больных. Особое значение в данной группе в аспекте лечения и реабилитации придавалось психотерапии, важной составляющей реабилитационного комплекса, учитывая принятую в исследовании концепцию психической травмы Р. Levine (1997,1998) и предварительно проведенные собственные исследования.

Следует указать и на выявленные терапевтические особенности у этих

больных, такие как сложность подбора эффективно действующего базового препарата (чаще антидепрессанта), недостаточную эффективность монотерапии, более продолжительные терапевтические курсы, побочные эффекты препаратов, что требовало коррекции терапевтических подходов. Отчетливое клиническое улучшение в этой группе в большинстве наблюдений происходило лишь после 3 недель лечения (у 18 чел., в 48,6% случаев), обычно во второй его половине. Купирование основных психопатологических расстройств, определяющих состояние больных, требовало назначения длительной поддерживающей терапии (у 25 чел., 67,6 % случаев) и продолжения лечебно-реабилитационных программ после выписки из стационара. Ряд пациентов нуждался в проведении последующих профилактических курсов лечения. Как показал анализ, несоблюдение больными терапевтических рекомендаций, отказ от участия в реабилитационных программах после выписки из стационара, самовольное прекращение поддерживающего лечения существенно снижали общую эффективность лечения и возможности реабилитации, приводили к ухудшению состояния и повторному обращению за стационарной помощью в течение первого же года наблюдения (у 6 чел., 16,2 % случаев).

Психопатологические симптомы у больных **2-й группы (НЗПРЭВ)**, в которой проявления повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости были значительно менее очерченными, подразумевали иные подходы к лечению. Несмотря на близость нозологических и синдромологических характеристик всех пациентов исследовательской группы, общность методов терапии НПР, больные 2-й подгруппы нуждались в иных лекарственных средств. Состояние больных реже подразумевало комбинированную психофармакотерапию (у 39 чел., 75 % случаев). В качестве базисных препаратов применялись различные антидепрессанты, в том числе и со сбалансированным, либо активирующим действием (дулоксетин, венлафаксин, сертралин, агомелатин, флюоксетин, эсциталопрам, кломипрамин). Другими составляющими назначаемого лечения были: нейролептические препараты, в том числе и

обладающие активирующим компонентом действия (алимемазин, кветиапин в малых дозах, сульпирид, флупентиксол), нормотимики (обычно карбамазепин либо вальпроевая кислота), дневные транквилизаторы (атаракс, тофизопам, этифоксин, афобазол). Лечение проводилась с учетом часто имеющих у пациентов этой группы различных хронических соматических заболеваний. Используемые комплексные реабилитационные программы носили активирующий характер, были направлены на скорейшее восстановление социального функционирования больных. Отчетливые признаки клинического улучшения проявлялись примерно у половины пациентов после двух недель лечения (у 29 больных, в 55,7 % наблюдений), ближе к середине терапевтического курса. Тот или иной вид поддерживающей терапии после выписки из стационара требовался 29 пациентам (55,8% случаев). Повторное обращение за помощью в течение года отмечено всего лишь в 4 наблюдениях (7,7 % случаев).

Сравнительный клинический анализ терапевтической динамики в выделенных нозологических группах НПР, проведенный в основной исследовательской группе и группе сравнения, обнаружил ряд отличий, связанных, как с особенностями течения заболевания, так и присутствием у больных повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости. В соответствии с полученными данными о редукции основных психопатологических проявлений и проявлений эмоциональной возбудимости, терапевтический ответ проявлялся наиболее рано в группах пациентов с невротическими, связанными со стрессом и соматизированными расстройствами, а также органическими непсихотическими расстройствами. Отчетливое запаздывание эффекта проводимого лечения обнаружено у пациентов с аффективными расстройствами и расстройствами зрелой личности и поведения у взрослых из 1-й группы (ВЗПРЭВ), при сопоставлении с результатами 2-й группы (НЗПРЭВ) и группы сравнения, что предположительно было связано с наличием у них выраженных проявлений повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости. Кроме того, эти больные после выписки из стационара, нуждались

в продлении лечения антидепрессантами вместе с подобранными препаратами «добавками» (в группе аффективных расстройств), либо продолжении индивидуально ориентированных лечебно-реабилитационных мероприятий, с упором на длительную поддерживающую психотерапию (в группе расстройств зрелой личности и поведения у взрослых) в целях повышения качества ремиссии и профилактики ухудшения состояния.

\* \* \*

Литературный анализ особенностей терапии больных с различным уровнем повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости продемонстрировал сложности подбора эффективной терапии, практическое отсутствие препаратов, рекомендуемых большинству больных.

В проведенном исследовании установлены индивидуальные различия результатов общепринятой, обычно рекомендуемой терапии НПР, определявшиеся как нозологическими характеристиками больных, так и наличием в психическом статусе повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости. Значительная выраженность последней предопределяла необходимость комбинированной терапии, с индивидуальным подбором составляющих ее препаратов: антидепрессантов (с отчетливым седативным компонентом действия), нейролептиков (с преимущественно седативным компонентом действия, хорошей переносимостью и отсутствием серьезных побочных эффектов), высокопотентных транквилизаторов, ноотропных и сосудистых препаратов. Кроме того, установлено, что такие пациенты нуждались в проведении длительных индивидуально подобранных лечебно-реабилитационных мероприятий.

Выявленные различия терапевтической динамики в группах больных с аффективными расстройствами и расстройствами зрелой личности и поведения с выраженной раздражительностью и эмоциональной возбудимостью свидетельствовали о необходимости тщательного выбора терапии и продолжительных поддерживающих лечебно-реабилитационных курсов у таких

пациентов.

Полученные данные позволяют высказать предположение о необходимости разработки психотропных препаратов, ориентированных на купирование различных клинических проявлений из кластера агрессии. На это, в частности, дополнительно указывают исследования нового нейролептического препарата брекспипразола, в фармакологическом спектре которого зарегистрировано влияние на проявления раздражения и гнева в клинической картине большого депрессивного расстройства.

## ГЛАВА 7.

### Обсуждение результатов исследования и заключение.

Развитие клинических проявлений у пациентов с непсихотическими психическими расстройствами предполагает нарушения у них эмоционального реагирования, являющегося важнейшим неспецифическим показателем, отражающим возможности функционального барьера психической адаптации (Александровский Ю.А., 1976). Его ослабление ведет к развитию патологических состояний, носящих в большинстве случаев достаточно универсальный, неспецифический характер, проявляющийся в когнитивной, эмоциональной (аффективной) и поведенческой сферах и сопровождающийся полиморфными психофизиологическими нарушениями. В дальнейшем, формируются преимущественно непсихотические психические расстройства и, прежде всего, эмоциональные нарушения. В конечном счете, они являются тем неспецифическим «ядром», вокруг которого возникают сложные психопатологические состояния. При этом в сфере негативных эмоциональных переживаний начинают доминировать три основные негативные эмоции человека - тревога, печаль и гнев.

Тревога и печаль (депрессия), как ведущие феноменологические проявления, имеющие непосредственное отношение к болезненному расстройству, а во многом и образующие его, изучены достаточно подробно. В тоже время таким эмоциональным нарушениям, как гнев и ярость, наблюдаемым в психиатрической практике, уделяется недостаточное внимание. Имеются лишь немногочисленные указания на сосуществование «гневливого состояния» в качестве компоненты при тревожных и депрессивных расстройствах, зачастую изменяющего состояние всей эмоциональной сферы. Сходные паттерны определяют суть ведущего симптомокомплекса при личностных декомпенсациях и обострениях ППР.

Проявления эмоциональной возбудимости, хотя часто и фиксируются в клинической картине широкого спектра непсихотических психических

расстройств, в виде повышенной раздражительности, гневливости, эксплозивности, а также психовегетативных расстройств, не получают должного внимания клиницистов и исследователей. Между тем, в неблагоприятных случаях они могут достаточно быстро трансформироваться в ярость, враждебность, злость и открытую агрессию, становясь важнейшими проявлениями девиантного поведения, примыкая к границам некриминальной и криминальной агрессии (Дмитриева Т.Б, Шостакович Б.В.,2002).

Обращение к научным исследованиям смежных с психиатрией областей медицинских знаний - психофизиологии, психологии позволяет расширить изучение механизмов динамики выраженных эмоциональных нарушений у больных с непсихотическими психическими расстройствами. Это относится, прежде всего, к изучению эмоционального реагирования пациентов с аффективной неустойчивостью, импульсивностью, склонностью к повышенной раздражительности, вспыльчивости, гневливости и агрессивности. В своем большинстве такие клинические проявления конъюгированы с другими психопатологическими феноменами (астеническими, ипохондрическими, тревожными, фобическими, депрессивными, личностными расстройствами), также сопровождающимися определенными психофизиологическими нарушениями.

Предварительно полученные собственные данные хорошо согласуются с результатами литературного анализа и позволяют утверждать, что эмоциональные нарушения в виде повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости, гневливости, сопровождаемые психофизиологическими нарушениями, часто встречаются в повседневной психиатрической практике.

Актуальность настоящего исследования определяется, как распространенностью непсихотических психических расстройств, так и тем, что среди их различных клинических проявлений значительную часть занимают эмоциональные нарушения, отражающие, в том числе и сложные механизмы психофизиологического регулирования поведения человека. Клинический опыт

свидетельствует о том, что без их анализа невозможны эффективные индивидуализированные подходы к обоснованию дифференцированной терапии больных с эмоциональными расстройствами.

Между тем, из-за малочисленности целенаправленных клинико-биологических исследований и противоречивости их результатов отсутствует доказательная позиция понимания биологической основы эмоциональных нарушений и их связи с психофизиологическими показателями болезненного состояния. Имеющиеся данные предположительно свидетельствуют о том, что непсихотические психические расстройства, протекающие с проявлениями повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости, связаны с различными активационными процессами мозга, для исследования которых в настоящее время существует значительное количество валидных методов. Поэтому использование, наряду с клиническим анализом, комплекса адекватных методов, направленных на психофизиологическое, вегетологическое и нейрофизиологическое изучение состояния активирующих систем мозга является информативным при оценке выраженности эмоциональных расстройств, их синдромального своеобразия и полезным в решении прогностических и терапевтических проблем.

С учетом этого, в проведенном исследовании была предпринята попытка выявления клинико-психофизиологических особенностей формирования состояний повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости при развитии непсихотических психических расстройств и разработки с учетом полученных результатов дифференцированных диагностических и терапевтических рекомендации.

В основу проведенной работы положен системный анализ клинико-психопатологических, клинико-психологических и психофизиологических характеристик больных с непсихотическими психическими расстройствами и различной выраженностью повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости. Перспективность такого анализа связана с интегративным



взглядом на изучаемые явления. Именно интегративный подход предопределил особое место методологической части исследования, ее известную сложность и особенности дизайна работы.

Многообразие и разноплановость в оценках и интерпретации проявлений повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости, поиск адекватных методических подходов, определение принципов отбора больных и методов исследования в настоящей работе представляли определенные трудности и нуждались в тщательной предварительной проработке и планирования основных ее этапов.

Исследование было выполнено в Отделе пограничной психиатрии ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации в течение 2009-2015 гг. Наблюдались пациенты, находящиеся на амбулаторном или стационарном лечении в базовых отделениях ГБУ Департамента здравоохранения г. Москвы: «Психиатрическая клиническая больница имени Ю.В. Каннабиха» и Московский «Научно-практический психоневрологический центр имени З.П. Соловьева». Более половины больных находились под наблюдением в течение года.

Дизайн исследования:

- Пациенты исследовались при поступлении в стационар, либо при обращении за амбулаторной помощью;
- Вошедшие в научную разработку пациенты на момент проведения психологических и психофизиологических исследований не получали психотропных средств, что давало возможность оценивать изучавшиеся показатели без учета их действия;
- Подвергнуто анализу более 350 больных, обратившихся в базовые отделения специализированных больниц для лечения пограничных психических расстройств;

- Включено в работу 272 пациента с непсихотическими психическими расстройствами, с учетом наличия у них особенностей эмоционального реагирования в виде отчетливых и выраженных признаков повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости, а также 78 больных без клинических проявлений повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости, которые составили группу сравнения;
- Исследование состояло из 2-х этапов, имеющих различный дизайн, во время которых изучено 183 и 167 больных;
- На первом этапе в двух пилотных группах оценивалась возможность использования специально разработанных опросников: опросника ранжированной оценки выраженности повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости (КОРЭВ) (1-я группа, одномоментное наблюдательное, описательное безвыборочное исследование, 115 человек), а также формализованного опросника для регистрации клинических проявлений повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости (2-я группа, одномоментное наблюдательное, описательное исследование в отобранной когорте больных с клинически выраженными симптомами повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости, 68 человек). Основным итогом этого этапа явилась верификация и уточнение комплекса отобранных методов исследования с учетом задач работы.
- На втором, основном этапе изучено 89 больных с НПП (основная исследовательская группа, одномоментное наблюдательное, описательное исследование в когорте больных отобранной с учетом критериев отбора и включения в исследование), при этом использовался весь комплекс избранных методов, включая апробированные на первом этапе;
- В рамках второго, основного этапа исследования изучены особенности проводимой терапии НПП, назначенной в период исследования, у пациентов основной исследовательской группы (89 больных) и группы сравнения (78

больных) без клинических проявлений повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости (когортное исследование с группой контроля), при этом ведущие характеристики группы сравнения (возраст, пол, нозологическая и синдромологическая принадлежность больных) достоверно не отличались от показателей основной исследовательской группы;

- Клинико-психопатологические, клинико-психологические и психофизиологические исследования выполнялись автором самостоятельно, с применением психофизиологического комплекса «МП-05»;
- Нейровегетологические исследования проводились совместно со ст.науч.сотр. Федерального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского, к.м.н. А.З. Файзуллоевым с использованием нейровегетологического комплекса «ВНС-Полиспектр»; нейрофизиологические – с вед.науч.сотр., д.м.н. В.К. Бочкаревым., с использованием электроэнцефалографического аппаратно-программного комплекса «Нейтротревел»;
- Статистическая обработка полученных данных выполнялась методами одномерной описательной и многомерной статистики пакета «Statistica».

Принимая во внимание задачи исследования, на **первом этапе** была проведена сравнительная оценка методик измерения и описания различных сторон агрессивности, которые используются при изучении повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости. Литературный анализ позволил определить их характерные слабые стороны: описание феноменов разного порядка в рамках одного опросника; недостаточная стандартизация, определенная схематизация и ограничение в описании измеряемых качеств; значительная трудоемкость и сложность интерпретации результатов; расхождение данных фиксируемых разными методами и ряд других. Применение таких методик допустимо в комплексном, углубленном исследовании, предпочтительно в сочетании с личностными опросниками и традиционными клиническими

описаниями и совершенно неоправданно в качестве скринингового, позволяющего оперативно, пусть и вчерне оценить наличие либо отсутствие проявлений повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости.

Установленные недостатки и ограничения методик потребовали особых подходов и поставили вопрос о разработке специальных методов, в большей степени соответствующих исследовательским задачам, в частности, создания, верификации и апробации специального инструментария (клинических опросников - методики КОРЭВ и формализованного опросника для регистрации клинических проявлений повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости) позволяющего ранжировано оценить их выраженность и особенности клинических проявлений.

С этой целью в безвыборочном исследовании у пациентов с НПР **1-й пилотной группы (115 чел., 32 мужчины, 83 женщины)**, среди которых самой значительной являлась группа больных органическими непсихотическими расстройствами, меньшими и примерно одинаковыми были группы с аффективными непсихотическими и невротическими, соматоформными, связанными со стрессом расстройствами, самой малочисленной - группа пациентов с расстройствами зрелой личности и поведения у взрослых (44,3%, 21,8%, 28,7% и 5,22 %, соответственно), оценивалась возможность использования и эффективность специально разработанного **краткого опросника оценки повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости (КОРЭВ)**.

Последующая статистическая оценка результатов проводилась с учетом клинической характеристики состояния, итогового показателя КОРЭВ, отражающего степень выраженности повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости и ответов на каждый из его вопросов. Были выделены подгруппы пациентов с преобладанием низких и высоких значений, а также подгруппа без однозначных тенденций. Подгруппа с выраженными, либо частыми проявлениями повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости в сумме с больными без однозначных тенденций составили до 82,6

% обследованных, что позволяет утверждать о значительной представленности различных проявлений повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости в клинической картине НПР.

Установлена скоррелированность большинства признаков, что свидетельствует о наличии общего фактора, определяющего измеренные характеристики (собственно, повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости). Отсутствие же достоверных корреляций для 3 и 5 вопросов КОРЭВ - о некоторой самостоятельности оцениваемых ими феноменов (раздражительной слабости, гиперестезии и гневливости, поведенческих проявлений повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости).

Кластерный анализ индивидуальной структуры показателей повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости у исследованных пациентов позволил идентифицировать 4 кластерных группы, каждая из которых отличалась особенностями клинических проявлений. Две из них, не различаясь по объему наблюдений, отражали совершенно противоположные тенденции. Для больных 2-й кластерной группы были характерными низкие показатели по всем вопросам КОРЭВ, в то время как в 4-й кластерной группе они, напротив, были высокими. Особый интерес представили 1-я и 3-я кластерные группы. Для 1-й группы, при сходном числе вошедших в нее больных, ведущими характеристиками были высокие значения для 3-го вопроса методики КОРЭВ, клинически проявлявшиеся в симптомах раздражительной слабости, непереносимости яркого света и громких звуков, при невысоких значениях по остальным пунктам опросника. Для 3-й группы, в два раза меньшей по числу пациентов, отличительными характеристиками явились максимально высокие значения по 4-му вопросу КОРЭВ среди всех обследованных, что проявлялось практически постоянно существующими раздражением, злостью – определяющими поведение, либо частыми сменами настроения и средние значения по всем остальным вопросам методики.

Кросс-табличный анализ не выявил достоверной взаимосвязи между

принадлежностью изученных больных к одной из кластерных групп и диагнозом, что свидетельствует об отсутствии однозначной связи выраженности повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости с диагнозом непсихотического психического расстройства в исследованной группе пациентов. Это позволило предполагать относительную самостоятельность исследуемой модальности эмоционального реагирования.

Разработанный опросник КОРЭВ подтвердил высокую чувствительность, эффективность и пригодность для количественного измерения степени выраженности проявлений эмоциональной возбудимости, что позволило использовать его в качестве ведущего метода исследования на втором этапе работы в основной исследовательской группе.

В последующем, на первом этапе работы в дополнение к КОРЭВ и с использованием результатов, полученных в 1-й пилотной группе, был также разработан **формализованный опросник для регистрации клинических признаков повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости**, позволяющий на основе ранжированных описаний проводить клиническую оценку их проявлений у пациентов с НПР. Основу опросника составили известные и принятые психиатрами характеристики (тяжесть, интенсивность переживания, степень нарушения поведения, продолжительность реакций, частота эпизодов, острота возникновения, направленность реакций, варианты редукции, длительность латентного периода и др.), а заполнение проводилось исследователем в процессе осмотра больного.

Созданный опросник использовался для выявления особенностей эмоционального реагирования во **2-й пилотной группе (68 чел., 24 мужчины и 44 женщины)**, у отобранных больных НПР с клинически выраженными симптомами повышенной эмоциональной возбудимости, подтвержденными соответствующими показателями КОРЭВ.

У большинства пациентов (42,6%) диагностировались аффективные нарушения в рамках рекуррентного депрессивного расстройства, либо

депрессивного эпизода. У меньшего числа (25%) - психические расстройства, обусловленные повреждением и дисфункцией головного мозга или соматической болезнью (в рамках органических депрессивных и эмоционально-лабильных расстройств). Равнозначную группу (22,1%) составили случаи невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств (в рамках реакции на стресс и нарушения адаптации, а также других тревожных расстройств). Специфическое и смешанное расстройство личности имелось у меньшинства больных (10,3%).

Среди ведущих психопатологических проявлений преобладали депрессивные, тревожные и астенические расстройства.

Факторный анализ показателей опросника позволил выделить на основе существующих структурных связей между ними 4 новые обобщенные формально-динамические характеристики, логично и последовательно описывающие клинические проявления повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости. Первая характеристика, свидетельствующая о тяжести, интенсивности клинических проявлений включила тяжесть переживания и степень нарушения поведения. Вторая отражала собственно динамические характеристики и основывалась на продолжительности реакций или состояний, частоте их эпизодов и вариантах самокупирования. Третья характеристика оценивала степень остроты возникновения реакций, отражающих собственно повышенную раздражительность и эмоциональную возбудимость, наличие и длительность латентного периода реакции на раздражитель. К четвертой группе характеристик были отнесены направленность реакций и их место в клинике НПР (тип течения в клинике), статистические показатели которых не позволяли их объединить и в дальнейшем исследовании они рассматривались отдельно.

Полученные обобщенные характеристики коррелировали с показателями КОРЭВ, что свидетельствовало о близости клинических феноменов, оцениваемых обеими методиками.

Последующий дисперсионный анализ не выявил особенностей формально-динамических характеристик клинических проявлений повышенной

раздражительности и эмоциональной возбудимости у пациентов с различной нозологической и синдромальной принадлежностью ( $p > 0,05$ ). Таким образом, на данной выборке было получено дополнительное подтверждение выдвинутого предположения об относительной самостоятельности особенностей эмоционального реагирования, как одного из важных клинических показателей, характеризующих состояние больных с непсихотическими психическими расстройствами.

Основными итогами первого этапа исследования явилась разработка принципов ранжирования и дифференциации состояний повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости, продемонстрировавших высокую диагностическую значимость, а также создание, верификация и уточнение всего комплекса отобранных методов исследования с учетом поставленных задач. Базисные результаты этого этапа, позволили перейти ко второму этапу, необходимому для решения поставленных в работе задач.

Разработанный и уточненный на первом этапе комплекс методов лег в основу **второго этапа** работы, проведенного **в основной исследовательской группе больных (89 чел., 29 мужчин и 60 женщин)** с НПР. Пациенты отбирались в соответствии с критериями включения/исключения, с учетом поставленной цели и задач исследования, а также полученных на первом, пилотном этапе работы результатов.

Программу основного этапа работы составили клинико-психопатологические, клинико-психологические, психофизиологические, нейрофизиологические, вегетологические и статистические методы. При этом мы исходили из того, что исследовательская интеграция, с последующим системным анализом полученных результатов, соответствует современному уровню изучения заболеваний и дает возможность решать поставленные в работе задачи. Совместное применение в основной группе опросника КОРЭВ и формализованного опросника для регистрации клинических признаков повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости дало



возможность комплексно описать и ранжировано оценить клинические проявления существующих особенностей эмоционального реагирования пациентов.

Результаты проведенного исследования, полученные в соответствии с предложенной программой, позволили во многом подтвердить, обосновать и конкретизировать исследовательскую гипотезу и сформировать ряд новых вопросов, ориентированных на будущие исследования.

С использованием разработанных системных подходов к анализу полученных данных на основном этапе работы в специально отобранной, согласно критериям включения в исследование и репрезентативной группе больных с непсихотическими психическими расстройствами (89 человек) использовался весь комплекс отобранных методов.

Основными отличительными клиническими особенностями, характерными для отобранных больных, были имевшиеся в той или иной степени на протяжении всей жизни проявления повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости в форме:

- несдержанности, горячности, нетерпеливости и суетливости, поспешности в поступках;
- склонности к волнению в значимых ситуациях;
- выраженной раздражительности и недовольства, часто возникающих в малозначимых ситуациях и по незначительным поводам;
- чувствительности, уязвимости, ранимости и обидчивости;
- непереносимости громких звуков и яркого света, раздражительной слабости и слезливости;
- нетерпимости вспыльчивости, гневливости, эксплозивности, конфликтности, вплоть до эпизодов агрессивного поведения (немотивированной агрессии, в том числе и аутоагрессии).

Перечисленные признаки отмечались как имеющиеся самостоятельно, так и в различных сочетаниях между собой, зачастую определяя поведение больных. Они предъявлялись пациентами во многих случаях в качестве жалоб, составляя их значительную часть, либо обнаруживались при целенаправленном расспросе. Нередко на них указывали родственники и знакомые, когда сами больные не до конца осознавали собственную роль в частых конфликтах.

Следует отметить, что признаки повышенной раздражительности и возбудимости у этих пациентов выявлялись не только в актуальном психическом состоянии, послужившем поводом для обращения за психиатрической помощью, но и в течение жизни, чаще в связи с теми или иными психогенными и соматогенными воздействиями.

Было установлено, что изученная клиническая выборка по социо-демографическим показателям представлена главным образом женщинами (67,4%) трудоспособного возраста (средний возраст  $39 \pm 1,3$  лет), с высшим (67,5%), либо средним специальным образованием (5,6%), более чем в половине случаев состоящими в браке (56,2%), работающими (68,5%). Высокий показатель одиноких лиц свидетельствовал о нарушении семейной адаптации (как составляющей социальной интеграции) у исследованного контингента.

В преморбиде у значительной части пациентов (46,1%) отмечались эмоционально-неустойчивые, тревожные, либо истерические личностные проявления, достигавшие выраженности личностных акцентуаций.

По клиническим данным выборка характеризовалась преобладанием больных с рекуррентным депрессивным расстройством (либо депрессивным эпизодом, дистимией), тревожной депрессией (астенической депрессией) - возникших преимущественно после стрессовых событий пролонгированного характера (67,4%), длящихся более года (59,6% наблюдений).

Клинико-психопатологический анализ позволил выделить в основной исследовательской группе нозологические подгруппы больных в соответствии с

диагностическими группами расстройств в МКБ-10. У включенных в исследование пациентов чаще диагностировалось аффективные непсихотические расстройства (46,1%), меньшую часть составили пациенты с невротическими, связанными со стрессом, соматизированными расстройствами (26,9%) и органическими непсихотическими расстройствами (19,1%), и еще меньшую - случаи расстройства зрелой личности и поведения у взрослых (7,9%).

Ведущими психопатологическими нарушениями у обследованных больных являлись депрессивные (78,6%), причем преобладали тревожный, астенический и истерический их клинические варианты (40%, 15% и 9% случаев, соответственно).

По клиническим данным выборка характеризовалась преобладанием больных с рекуррентным депрессивным расстройством (либо депрессивным эпизодом, дистимией), тревожной депрессией (либо астенической, истерической) - возникших преимущественно после стрессовых событий пролонгированного характера, длящихся более года (59,6% наблюдений).

Исследование особенностей структуры психопатологических расстройств у пациентов из выделенных нозологических групп позволило установить, что наряду с симптоматикой, определяющей принадлежность к той или иной нозологической группе НПР, ее составили различные клинически определяемые признаки повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости.

Психопатологическая структура депрессивных расстройств в подгруппе пациентов с аффективными непсихотическими расстройствами, наряду с симптоматикой характерной для того или иного ее клинического варианта, включала в себя проявления повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости. При тревожном варианте депрессии это были отчетливо проявляющиеся внутреннее напряжение и недовольство, повышенная раздражительность, часто заметная для окружающих и требующая значительных усилий для ее сдерживания, возникающая по ничтожным поводам и сопровождающаяся с трудом контролируемые гневливыми реакциями на

малозначимые внешние стимулы. Феноменологические проявления истерической депрессии сочетались с нетерпимостью, ситуационно обусловленными вспышками раздражения и гневливыми реакциями, с обвинениями окружающих, вплоть до появления желания кричать, ударить, элементов предметной агрессии и стремления к самоповреждению. При астеническом варианте депрессии повышенная раздражительность обычно носила менее выраженный характер, чаще проявлялась в виде недовольствия, плаксивости, гиперестезии. Апатический и ипохондрический варианты депрессии обычно сочетались с осознанием изменений в эмоциональной сфере и, как следствие, с хорошим контролем над проявлениями раздражения. Особенностью меланхолической депрессии было развитие раздражения и гневливых реакций на высоте аффекта тоски, нередко с направленностью на себя.

Для подгруппы больных с невротическими, связанными со стрессом и соматизированными расстройствами были характерными, наряду с типичными нозологическими проявлениями, несколько менее яркие и выраженные, хорошо контролируемые признаки повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости, наличие которой осознавалось и доставляло дискомфорт.

Подгруппа пациентов с органическими непсихотическими расстройствами, представленная преимущественно депрессивными нарушениями, характеризовалась сочетанием депрессивного аффекта с недовольством, брюзжанием, раздражительностью при физических и умственных нагрузках, проявлениями гиперестезии, либо с внутренним напряжением, невозможностью расслабиться, несдержанностью, непродолжительными гневливыми реакциями.

Подгруппа больных с расстройствами личности и поведения, наряду с характерными проявлениями аномальных поведенческих типов (истерического и эмоционально неустойчивого), отличалась наличием легко возникающего раздражения, досады, злости, отсутствием контроля над импульсивностью, тенденцией к конфликтному поведению, а зачастую и вспышками жестокости, гнева, угрожающего поведения.

Проведенный статистический анализ результатов методики КОРЭВ для всех нозологических подгруппы пациентов подтвердил обнаруженные клинические особенности.

В частности, в подгруппе аффективных расстройств чаще фиксировалось легкие (тенденция) и средние ( $p < 0,05$ ) степени выраженности повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости, в сравнении с подгруппами с органическими непсихотическими и личностными расстройствами. Тем не менее, учитывая отсутствие других достоверных и однонаправленных особенностей, это позволило утверждать, что наряду с выявленными различиями между нозологическими группами существует и сходство.

В рамках исследовательской гипотезы о близости и сходстве нозологических подгрупп в эмоциональной модальности повышенной раздражительности и возбудимости это также позволило утверждать о том, что нозологическая характеристика больных, составивших конкретную исследовательскую группу, не является ведущим и единственным фактором, напрямую определяющим представленность таких эмоциональных расстройств в клинической картине.

Статистический анализ результатов опросника для определения клинических характеристик проявлений повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости не установил достоверных различий между нозологическими подгруппами и подтвердил гипотезу об их сопоставимости.

Полученные данные (таб. 1, 2) позволили подкрепить предположение об относительной неспецифичности и самостоятельности эмоциональной модальности повышенной раздражительности и возбудимости, несмотря на привносимые ею клинические особенности структуры психопатологических проявлений непсихотических психических расстройств в исследованных нозологических подгруппах.

При этом в клиническом плане наиболее общими симптомами для всех пациентов были (по мере нарастания выраженности повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости):

- чувство, что все вокруг надоедает и раздражает, вызывает дискомфорт, легко возникает чувство обиды на окружающих, слабость и слезливость;
- раздражение, досада, злость возникают часто, иногда в совершенно малозначимых ситуациях;
- громкие звуки и яркий свет с трудом переносятся, вызывают значительный дискомфорт и раздражение;
- раздражение, досада, гнев проявляются по ничтожным поводам, с трудом поддаются контролю и сдерживанию, становятся причинами семейных и профессиональных конфликтов и обращения за психиатрической помощью;
- повышенная раздражительность носит почти постоянный, очевидный для окружающих характер, внешне проявляется в несдержанности, нетерпеливости и суетливости, вспыльчивости, повышенной возбудимости и гневливости, желании спорить, кричать, ударить, вплоть до эпизодов враждебности и агрессивного поведения (немотивированной агрессии).

Последующий кластерный анализ индивидуальной структуры методики КОРЭВ позволил выявить в изученной выборке группы пациентов с высокими (1 группа, 37 чел., 41,6%) и низкими (2 группа, 52 чел., 58,4% наблюдений, соответственно) значениями показателей повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости.

Результаты опросника для ранжированной оценки клинических характеристик проявлений повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости существенно дополняли и уточняли данные КОРЭВ и свидетельствовали, что пациенты 1 группы отличались большей тяжестью,

продолжительностью и частотой возникающих у них реакций и состояний с повышенной раздражительностью и гневливостью, а имевшиеся симптомы имели тенденцию к генерализации и в значительной степени нарушали их поведение. Следует особо отметить, что такие реакции и состояния у больных 1 группы отмечались практически ежедневно, часто до нескольких раз в день, в отличие от 2 группы, где они возникали редко, не более нескольких раз в неделю.

Сопоставление результатов пилотного и основного этапов исследования показало, что только эти два выделенных кластера являются устойчивыми, не зависят от объема и других особенностей конкретных выборок пациентов. Выделение полярных кластеров на обоих этапах работы подтвердило наличие статистических закономерностей и дало возможность проводить сопоставления и сравнения клинических, психологических, психофизиологических и нейрофизиологических показателей у пациентов из двух кластерных групп.

Анализ распределения больных выделенных групп по основным нозологическим подгруппам позволил обнаружить, что наиболее частыми были расстройства настроения (аффективные расстройства, F31-F34) (59,4 % и 38,5% случаев в 1 и 2 группах, соответственно). Реже отмечались невротические, связанные со стрессом и соматизированные расстройства (F40-F48) (18,9% и 36,8%) и органические непсихотические расстройства (F06) (10,8% и 19,2%), а самую малую часть составили случаи расстройства зрелой личности и поведения у взрослых (F60-F61) (8,1% и 5,8%). Тем не менее, дальнейший статистический анализ (табличные методы), позволил утверждать о сопоставимости обеих групп ( $p > 0,05$ , различия недостоверны) по ведущим клиническим характеристикам, нозологическим и синдромологическим.

Комплексный анализ в выделенных группах позволил установить ряд клинически определяемых факторов, в различной степени связанных с проявлениями повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости у больных с НПР и влияющих на ее формирование.

## 1. Предрасполагающие факторы:

- биологические (женский пол; молодой возраст; психические нарушения в детском и подростковом возрасте в виде диссомнии, снохождения и сноговорения, реакции на стресс и расстройства адаптации, депрессивных нарушений; тяжесть сопутствующей неврологической или соматической патологии);
- личностные (черты эмоциональной неустойчивости и демонстративности, в ряде случаев достигающие степени личностной акцентуации и психопатии);
- рано проявляющаяся уязвимость индивидуального барьера психической адаптации; снижении толерантности и своеобразная «сенсбилизация» к психогениям;
- отсутствие социальной поддержки в решении жизненных трудностей (обычно в семье).

## 2. Психогенные факторы

- частые, повторяющиеся психогении, преимущественно в молодом возрасте;
- специфические особенности содержания психогений (болезнь членов семьи или близких, разрыв партнерских отношений, изменение привычного образа жизни и бытовых условий, одиночество и социальная изоляция);
- субъективное восприятие психотравмирующих событий (обычно в виде невнимания, непонимания, игнорирования, необоснованных претензий и требований, либо как несостоятельности, неуспеха, провала);
- эмоционально-ценностные переживания ситуации (как правило, в форме раздражения и недовольства; обиды, унижения, жалости к себе;



отчаяния и безнадежности; растерянности и беспомощности; отрешенности, опустошенности, безразличия и равнодушия).

Наряду с клинико-психопатологическими особенностями для формирования состояний, протекающих с повышенной раздражительностью и эмоциональной возбудимостью, важное значение имеют и личностно-типологические характеристики больных. Оценки личностной агрессивности и враждебности (тест Басса – Дарки), а также ее направленности в моделируемых фрустрирующих ситуациях (методика Розенцвейга), по большинству шкал достоверно ( $P < 0,05$ ), и значимо коррелировали с результатами опросника КОРЭВ (непараметрическая корреляция, таблицы сопряженности), что подтверждало близость и сходство показателей, измеряемых этими тестами. Они совпадали с клинически установленными закономерностями и свидетельствовали о высокой личностной агрессивности в преморбиде больных первой исследовательской группы, с высокими значениями показателей повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости и, как следствие, о низких адаптационных возможностях, что подтверждалось существованием аутоагрессией - говорящей о слабости механизмов защиты «Я», чувстве вины, уязвимости перед агрессивной средой. Имеющаяся у пациентов значительная эмоциональная агрессия отражала легко возникающее эмоциональное отчуждение в общении, подозрительность, обидчивость, враждебность, неприязнь и недоброжелательность по отношению к другим людям. Такие личностные характеристики фактически служили предпосылкой манифестации агрессивного поведения, что находило подтверждение и в исследованиях реактивной агрессивности, обнаруживших связь повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости и направленности реакции агрессии: прямую с экстрапунитивностью и обратную с импунитивностью.

Во второй исследовательской группе, с низкими значениями показателей эмоциональной возбудимости, преобладали вербальная и предметная агрессия, тенденция выражать агрессивное отношение к другому человеку, употребляя

словесные оскорбления, либо срывать свою агрессию на окружающих предметах. Обнаружены и обратные взаимоотношения с типом реакции: при более низкой повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости чаще встречались реакции по типу «фиксации на препятствии» (когда препятствие, вызвавшее фрустрацию, расценивалось как своего рода благо, как затруднение, не имеющее серьезного значения).

Согласно результатам опросника ИТО, повышенная эмоциональная возбудимость, характерная для больных первой группы, сочеталась с их высокой тревожностью, мнительностью, склонностью к навязчивым страхам и паническим реакциям, сензитивностью и ранимостью в отношении средовых воздействий, повышенной потребностью в глубокой и постоянной привязанности и защите со стороны более сильной личности - что отражало слабость конституциональной структуры пациентов. Для больных второй группы характерной была лишь некоторая несбалансированность полярных личностных тенденций – что расценивалось в качестве проявления личностных акцентуаций

Сведения, полученные с помощью ММРІ, несмотря на некоторое сходство рисунка профилей обеих групп, позволяли заключить о большей остроте и тяжести клинических проявлений болезни в первой группе. Базисные шкалы в этой группе указывали на высокую тревожность, ипохондрические тенденции со сверхценным отношением к здоровью, напряженность и раздражительность, отражали высокий уровень ипохондрических тенденций, сверхценного отношения к здоровью с сопутствующей тревогой, значительное снижение настроения, некоторую ригидность и враждебность личности, снижение активности и работоспособности, повышенную истощаемость. У ряда больных нервно-эмоциональное напряжение непосредственно проявлялось в поведении, достигая уровня импульсивности, взрывчатости, конфликтности, гневливо-агрессивных реакций с игнорированием социальных требований. Пациентам этой группы были присущи склонность к самоизоляции, стремление ориентироваться на внутренние критерии, «уходу в себя», своеобразная оценка окружающего,

некоторая холодность и равнодушие, затруднения социальной адаптации.

Методика Леонгарда-Шмишека помогла установить варианты личностной акцентуации коррелирующие с высокими значениями повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости. У больных первой группы чаще обнаруживались взрывной, циклотимный и тревожный, тогда как во второй группе - демонстративный, эмотивный и ригидный типы акцентуации. Можно заключить, что доминирование в структуре личности пациентов первой группы взрывных, циклотимных, тревожных черт является косвенным доказательством их особой роли в формировании проявлений повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости, в процессе которого они выступают в роли predispositional личностных характеристик.

В полном соответствии с другими данными находились и показатели тревожности (ситуационной и личностной) и депрессии (методик Спилбергера-Ханина и Зунга) в первой группе больных, также подтверждавшие достоверную связь между выраженностью имевшихся тревожных и аффективных нарушений и представленностью клинических проявлений повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости.

Обобщение клинико-психологических результатов дало возможность получить комплексное представление о predispositional личностных характеристиках, в той или иной степени определяющих формирование клинических проявлений повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости, предположительно отражающих слабость различных звеньев конституциональной структуры больных с непсихотическими психическими расстройствами.

В формировании клинических вариантов НПР, сопровождающихся повышенной раздражительностью и эмоциональной возбудимостью, значительную роль играют психофизиологические, нейровегетологические и нейрофизиологические характеристики состояния больных.

К числу коррелятов повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости, имеющих влияние на формирование особенностей болезненных проявлений, прежде всего, относятся интегративные показатели внимания, динамичности нервной системы и баланса нервных процессов. Установленные закономерности отражают существующие особенности пластичности мозга, связанные, в том числе и с выраженностью повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости. Для больных с высокими ее уровнями характерно напряжение адаптационных систем, с преобладанием процессов активации, некоторым улучшением внимания – сочетающихся лишь с ухудшением обучения и скорости формирования новых навыков и, как следствие - со снижением адаптационных возможностей. Можно думать, что в данном случае повышенная раздражительность и эмоциональная возбудимость является маркером ограниченности и истощения адаптационных механизмов, либо формирования вариантов пластичности мозга, присущих болезненным состояниям. Результаты психофизиологического анализа позволяют также высказать предположение о том, что повышенная раздражительность и эмоциональная возбудимость активирует пластичность мозга и ее клинические признаки носят адаптационный характер. В клинической картине НПР повышенная раздражительность и эмоциональная возбудимость может проявляться в качестве болезненного (дезадаптивного) симптома, тогда как у здоровых лиц она является лишь опережающей активной приспособительной реакцией.

Существенное место принадлежит и различиям вегетативного тонуса, вегетативной реактивности, вегетативного обеспечения деятельности и особенностям анатомо-функциональной структуры вегетативной регуляции в исследованных группах больных. Данные корреляционного анализа позволяют заключить о существовании сквозной, стабильно проявляющейся в фоне и почти всех нагрузочных пробах связи сегментарной симпатической активации с выраженностью проявлений повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости, вместе с тем, выявлена преимущественно сегментарная

парасимпатическая активация в ортостатической пробе, свидетельствующая о развивающемся истощении и слабости в симпатических сегментарных отделах ВНС. Такие особенности вегетативной регуляции могут свидетельствовать о перевозбуждении центральных звеньев регуляции вегетативного обеспечения деятельности на фоне истощения механизмов сегментарной вегетативной регуляции у пациентов с выраженными проявлениями эмоциональной возбудимости. Анализ различий вегетативных показателей в исследованных группах также указывают на слабость, либо истощение надсегментарных и сегментарных симпатических, эрготрофных регулирующих влияний, что находится в соответствии с находками корреляционного анализа.

Самостоятельную значимость для проявления специфичности и характерности эмоциональных нарушений при НПР, протекающих с повышенной раздражительностью и эмоциональной возбудимостью имеют особенности электрической активности мозга. Данные нейрофизиологических исследований свидетельствуют о наличии характерных черт функциональной активности его различных областей, связанных с наличием повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости, характеристиками ее клинических проявлений и течения заболевания. В фоновой ЭЭГ выявлена большая представленность дельта-ритма в затылочных отделах, с преобладанием в правом полушарии в 1 группе (ВЗПРЭВ) больных, что может свидетельствовать о снижении уровня функциональной активности этих областей мозга. В ЭЭГ с нагрузкой различия между исследованными группами становились более выраженными, при этом у пациентов 1 группы происходило усиление дельта-ритма в лобных отделах, что характерно для снижения функциональной активности (гипофронтальности), приводящей к ослаблению регулирующих функций этих зон мозга. Во 2 группе, напротив, происходила стимуляция лобных отделов с усилением функций контроля. Полученные результаты могут свидетельствовать о снижении функциональных (регуляторных) возможностей мозга и контроля в лобных

отделах в 1 группе больных под влиянием стрессовых нагрузок и их повышении во 2 группе.

Кроме того, была установлена связь некоторых клинических проявлений НПР, протекающих с повышенной раздражительностью и эмоциональной возбудимостью с большинством ЭЭГ-феноменов. Более тяжелые клинические формы, такие как затяжные, медленно самокупирующиеся реакции раздражения, либо гнева сопровождались глобальным нарастанием процессов синхронизации альфа-, бета- и гамма- ритмов, с различной пространственной структурой корреляционных связей для разных ритмов. Это указывало на частотно-пространственную избирательность процессов синхронизации. В ЭЭГ с нагрузкой тяжесть, интенсивность переживаний отрицательно коррелировала с выраженностью реакции депрессии альфа-ритма, что отражало снижение реактивности ЭЭГ по альфа-ритму в ответ на внешние раздражители.

Вместе с тем, полученные данные свидетельствуют о том, что признаки повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости обнаруживают относительно небольшое количество ЭЭГ паттернов, отражающих локальные особенности ЭЭГ различных областей мозга. Тогда как проявления агрессии напротив отражаются генерализованными множественными изменениями ЭЭГ, в которых ведущим выступает процесс десинхронизации электрических процессов в тета-, альфа- и бета-диапазонах, что подтверждает самостоятельную значимость установленных в работе особенностей ЭЭГ при НПР, протекающих с проявлениями повышенной эмоциональной возбудимости.

Обнаруженные в нейрофизиологических исследованиях ЭЭГ-феномены, специфичные для состояний, протекающих с повышенной раздражительностью и эмоциональной возбудимостью, могут составить основу для выявления таких нарушений и их ранней профилактики, в том числе и у лиц особых профессий.

В рамках настоящего исследования лечение НПР у всех больных исходило из современных стандартов терапии и включало в себя психофармакотерапию, различные психотерапевтические и физиотерапевтические методы. При этом

принимались во внимание имеющиеся литературные данные, указывающие как на отсутствие значительного прогресса в психофармакотерапии выраженных эмоциональных расстройств, протекающих с повышенной раздражительностью и эмоциональной возбудимостью, так и на ограниченный набор препаратов из различных классов психотропных средств, применяемых с этой целью.

В основной группе пациентов дополнительно применялись индивидуальные лечебно-реабилитационные программы, разработанные и используемые в отделении реабилитации Отдела пограничной психиатрии для различных нозологических форм НПР. Часть из них была ориентирована на продолжение после выписки из стационара.

Сравнительная оценка эффективности психофармакологических средств и методов психотерапии не входила в задачи настоящей работы и специально не анализировалась. Тем не менее, в соответствии с дизайном работы **на втором этапе исследования** была изучена терапевтическая динамика и особенности назначаемой лекарственной терапии в **основной исследовательской группе (89 больных)** и в **группе сравнения (78 больных)**, в которой отсутствовали клинические проявления повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости. Анализ результатов терапии больных, полученных в основной исследовательской группе и группе сравнения, позволил установить, что лечение в основной группе пациентов, в частности у пациентов группы со значительной выраженностью повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости, представляло определенные сложности и предопределяло необходимость дифференцированной комбинированной терапии. В число использованных препаратов входили: антидепрессанты (с отчетливым седативным компонентом действия), нейролептики (с преимущественно седативным компонентом действия, хорошей переносимостью и отсутствием серьезных побочных эффектов), транквилизаторы и ноотропные препараты. Проведенные катамнестические наблюдения свидетельствуют о необходимости длительных индивидуально подобранных лечебно-реабилитационных мероприятий у больных всех изученных

клинических групп с целью повышения конечной эффективности лечения и качества ремиссии.

Полученные данные позволяют высказать предположение о перспективности разработки психотропных препаратов, ориентированных на купирование различных клинических проявлений из кластера агрессии. На это, в частности, дополнительно указывают новейшие исследования недавно разработанного нейролептического препарата брекспипразола, в фармакологическом спектре которого зарегистрировано влияние на проявления раздражения и гнева в клинической картине большого депрессивного расстройства.

\* \* \*

Системное, комплексное, многофакторное исследование активационных процессов в ЦНС у пациентов, имеющих выраженные эмоциональные нарушения, проявляющиеся в виде повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости, позволяет с большой долей объективности оценивать клиническое состояние больных. Междисциплинарный подход позволил установить общность клинических и психофизиологических находок, имеющих неспецифический характер, что позволяет судить о повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости, как о самостоятельном феномене, не всегда связанном с другими психопатологическими нарушениями. Нейрофизиологические исследования подтвердили особенности функциональной активности различных областей мозга, связанных с существованием повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости, характеристиками ее клинических проявлений и течения заболевания.

Психические, психофизиологические и нейрофизиологические процессы в патогенезе НПР являются частями одного целого - психофизиологического механизма, связанного с процессами активации в ЦНС. Однако в каждой из групп, выделенных по принципу выраженности повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости, эти процессы имеют свою специфику и, как



следствие, клинические особенности. Этим определяется первостепенная необходимость комплексной, системной оценки состояния больных, без чего невозможны дифференцированная диагностическая оценка и эффективная терапия пациентов. Проведенный в работе системный анализ клинико-диагностических, личностно-диагностических показателей у больных с выраженными эмоциональными нарушениями непсихотической структуры и психофизиологических данных дает основание уточнить современные подходы к их диагностической и прогностической оценке, индивидуализировать терапевтические и лечебно-реабилитационные мероприятия.

## ВЫВОДЫ

1. Разработанный и апробированный в процессе исследования комплексный, системный, междисциплинарный методический подход к выявлению особенностей и оценке выраженности проявлений повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости способствует решению исследовательских задач при анализе клинико-патогенетических особенностей у пациентов с различными формами непсихотических психических расстройств. Методическую основу при этом составляют принципы нозологического и синдромального ранжирования и дифференциации состояний повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости, позволившие разработать исследовательскую карту и два целенаправленных опросника для больных.
2. Клинические проявления повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости у больных с непсихотическими психическими расстройствами являются относительно нозо- и синдромо-неспецифическими феноменами в структуре различных синдромов, влияющими на их клиническое оформление и, соответственно, имеющими прогностическое и терапевтическое значение.
3. К числу основных факторов определяющих возможность развития выраженных эмоциональных нарушений у больных с непсихотическими психическими расстройствами относятся:
  - психические нарушения в детском и подростковом возрасте;
  - личностные особенности в виде эмоциональной неустойчивости, возбудимости, тревожности;
  - рано проявляющаяся «уязвимость индивидуального барьера психической адаптации»;
  - отсутствие источников социальной поддержки;

- часто повторяющиеся психогении с характерными особенностями содержания, субъективного восприятия и эмоционально-ценностного их переживания.
4. Формированию состояний повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости способствуют личностно-типологические характеристики больных с непсихотическими психическими расстройствами. К числу «предиспозиционных» личностных особенностей, дополняющих друг друга, относятся:
- высокая личностная агрессивность в преморбиде, сочетающаяся с эмоциональной агрессией и преимущественно экстрапунитивными реактивными агрессивными реакциями;
  - высокая тревожность, мнительность, склонность к фобиям, сензитивность и ранимость, потребность к привязанности и защите;
  - циклотимность;
  - черты ригидности, враждебности, импульсивности с гневливо-агрессивными реакциями;
  - снижение активности и истощаемость.
5. Установленные в исследовании основные факторы и личностно-типологические характеристики, определяющие возможность развития выраженных эмоциональных нарушений у больных с непсихотическими психическими расстройствами должны учитываться при решении вопросов отбора специалистов, выполняющих свою служебную деятельность в стрессовых условиях. При их наличии могут использоваться профилактические комплексные дифференцированные лечебно-реабилитационные программы, включающие лекарственные препараты и психотерапию.
6. К числу значимых клинико-психофизиологических механизмов развития и стабилизации состояний повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости у больных с непсихотическими психическими

расстройствами относятся: преобладание процессов активации в ЦНС и истощение адаптационных механизмов – отражающие существующие особенности пластичности мозга и формирование ее болезненных вариантов.

7. Существенное место в формировании повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости у больных с непсихотическими психическими расстройствами принадлежит нарушениям вегетативного тонуса, вегетативной реактивности, вегетативного обеспечения деятельности и особенностям анатомо-функциональной структуры вегетативной регуляции. Высокий уровень повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости соответствует преобладанию сегментарной симпатической активации, отражающей перевозбуждение центральных звеньев регуляции вегетативного обеспечения деятельности, а также слабость (истощение) надсегментарных и сегментарных симпатических, эрготрофных регулирующих влияний.
8. Установлены характерные особенности электрической активности мозга при непсихотических психических расстройствах, протекающих с повышенной раздражительностью и эмоциональной возбудимостью. В их число вошли:
  - снижение показателей функциональной активности затылочных отделов мозга, преимущественно правого полушария, в фоновой ЭЭГ;
  - снижение функциональных (регуляторных) возможностей мозга и контроля в лобных отделах (гипофронтальность) под влиянием стрессовых нагрузок и их повышение, наблюдаемое при низких уровнях повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости в ЭЭГ с нагрузкой;
  - множественные связи ЭЭГ-феноменов с более тяжелыми клиническими формами проявления повышенной раздражительности и эмоциональной

возбудимости, имеющие частотно-пространственную избирательность процессов синхронизации.

Обнаруженные в нейрофизиологических исследованиях больных ЭЭГ-феномены характерны для состояний, протекающих с повышенной раздражительностью и эмоциональной возбудимостью и могут составить основу для выявления таких нарушений и их ранней профилактики.

9. Лечение, реабилитация и профилактика непсихотических психических расстройств должны проводиться с учетом имеющихся у больных особенностей эмоциональных расстройств в структуре психопатологических синдромов, являющихся своеобразной «мишенью» терапевтических воздействий и определяющих выбор наиболее адекватных и эффективных средств и терапевтических методов.

- 9.1. Для купирования входящих в структуру состояния повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости необходимо использование мер, оказывающих влияние на выявленные в ходе исследования патогенетически значимые психофизиологические нарушения, которые включают комбинированную психотерапию, психофармакотерапию и комплексные дифференцированные лечебно-реабилитационные программы.

- 9.2. В целях профилактики проявлений повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости, а также обусловленных ими нарушений поведения необходима коррекция predispositional факторов, включающих индивидуально-типологические особенности больных и неблагоприятный социально-психологический климат, а также минимизация остроты и продолжительности субъективных переживаний психотравмирующих событий и стрессовых ситуаций.

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Абрамова, А.А. Агрессивность при депрессивных расстройствах: дис. ... канд. психол. наук / А.А. Абрамова. — М., 2005 — 152 с.
2. Авруцкий, Г.Я. Лечение психически больных / Г.Я. Авруцкий, А.А. Недува — М.: Медицина, 1981 — 497 с.
3. Айрапетянц, А.Г. Неврозы в эксперименте и в клинике / А.Г. Айрапетянц, А.М. Вейн — М.: Наука, 1982 — 272 с.
4. Александровский, Ю.А. Клиническая фармакология транквилизаторов / Ю.А. Александровский — М.: Медицина, 1973 — 336 с.
5. Александровский, Ю.А. О системном подходе к пониманию патогенеза непсихотических психических расстройств и обоснованию рациональной терапии больных с пограничными состояниями / Ю.А. Александровский // Журн. Трудный пациент — 2006 — №11.
6. Александровский, Ю.А. Пограничные психические расстройства / Ю.А. Александровский — М.: Медицина, 2000 — 300 с.
7. Александровский, Ю.А. Посттравматическое стрессовое расстройство / Ю.А. Александровский — Ростов н/Д: Изд-во РостГМУ, 2015 — 624 с.
8. Александровский, Ю.А. Рациональная фармакотерапия в психиатрической практике: руководство для практикующих врачей / Ю.А. Александровский — М.: Литтерра, 2014 — 1080 с.
9. Александровский, Ю.А. Клинико-фармакологический анализ нейротропного действия транквилизаторов / Ю.А. Александровский, Б.И. Бенькович // Фармакология и токсикология — 1989 — №1 — С. 104-110.
10. Александровский, Ю.А. Пограничные психические расстройства. Психиатрия: национальное руководство / Ю.А. Александровский под ред. Т.Б. Дмитриевой и др. — М.: ГОЭТАР-Медиа, 2009 — С. 331-349.

11. Александровский, Ю.А. Пограничные психические расстройства: руководство для врачей / Ю.А. Александровский — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007 — 707 с.
12. Александровский, Ю.А. Предболезненные состояния и пограничные психические расстройства: этиология, патогенез, специфические и неспецифические симптомы, терапия / Ю.А. Александровский — ГЭОТАР-Медиа, 2010 — 272 с.
13. Александровский, Ю.А. Состояния психической дезадаптации и их компенсация / Ю.А. Александровский — М.: Наука, 1976 — 272 с.
14. Александровский, Ю.А. Унифицированная система оценки клинико-фармакологического действия психотропных препаратов у больных с пограничными нервно-психическими расстройствами / Ю.А. Александровский, Г.М. Руденко, Г.Г. Незнамов — М., 1984 — 69 с.
15. Аллагулов, Р.И. О возрастной и типологической структуре свойств темперамента в подростковом возрасте / Р.И. Аллагулов // Экспериментальные исследования личности и темперамента. — Пермь: Перм.гос.пед.ин-т, 1971 — С. 45-70.
16. Аллахвердиев, А.Р. Онтогенетические особенности функционирования неспецифических систем мозга детей в норме и при неврозах: дис. ... докт. мед. наук. / А.Р. Аллахвердиев — М., 1988 — 398 с.
17. Анохин, П.К. Биология и нейрофизиология условного рефлекса / П.К. Анохин — М.: Медицина, 1968 — 547с.
18. Анохин, П.К. Очерки по физиологии функциональных систем / П.К. Анохин — М.: Медицина, 1975 — 448 с.
19. Аракелов, Г.Г. Психофизиологический метод оценки тревожности / Г.Г. Аракелов, Н.Е. Лысенко, Е.К. Шотт // Психологический журнал. — 1997 — Т.18 — №2 — С.102-113

20. Арана, Д. Фармакотерапия психических расстройств / Д. Арана, Д. Розенбаум — М: Бином, 2004 — 416 с.
21. Аршавский, В.В. Межполушарная асимметрия в системе поисковой активности. (К проблеме адаптации человека в приполярных районах Северо - Востока СССР) / В.В. Аршавский — Владивосток: ДВО АН СССР, 1988 — 136 с.
22. Асатиани, Н.М. Резидуальные состояния в клинике неврозов / Н.М. Асатиани, Е.С. Матвеева, Т.Н. Соколова, В.Ф. Жуков // Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С.Корсакова — 1985 — Т. 85 — № 11. — С. 1662-1665.
23. Банщиков, В.М. Психиатрия / В.М. Банщиков, Т.А. Невзорова — М.: Медицина, 1969 — 344с.
24. Барденштейн, Л.М. Патологическое гетероагрессивное поведение у подростков. / Л.М. Барденштейн, Ю.Б. Можгинский — М.: ООО «Зеркало М», 2002 — 240 с.
25. Беломестнова, Н.В. К вопросу о дифференцирующей силе методики Басса-Дарки / Н.В. Беломестнова, Г.П. Ярмоленко, под ред. В.П. Сальникова // Юридическая психология: современные технологии психологического обеспечения оперативно-служебной деятельности сотрудников правоохранительной системы — Материалы Международной научно-практической конференции Санкт-Петербург: 19 мая 2005 года — СПб.: Санкт-Петербургский университет МВД России, 2005 — С.80-82.
26. Бенькович, Б.И. Влияние некоторых психофармакологических средств на показатели внимания и памяти у больных неврозами / Б.И. Бенькович, О.В. Маршак, под ред. Ю.А. Александровского // Пограничные психические расстройства: сб. науч. тр. — М.:1988 — С.58-67.
27. Бенькович, В.И. Психофизиологический мониторинг терапии ноотропными препаратами больных с пограничными психическими расстройствами /



- В.И. Бенькович, А.З. Файзуллоев, И.И. Гершанович, М.В. Ушаков // Гос. научн. центр соц. и судеб, психиатр, им. Сербского. — М.: 2000 — С. 59.
28. Бенькович, Б.И. Нейровегетотропное стресспротективное действие психофармакологических препаратов / Б.И. Бенькович и др. // Социальная и судебная психиатрия: история и современность. Материалы юбилейной конференции — М.: ГНЦ СиСП им. В.П. Сербского, 1996 — С. 173-175
29. Бенькович, Б.И. Психофизиологические эффекты комбинированного применения пантогама и оротата калия у больных с невротическими расстройствами / Б.И. Бенькович, И.А. Горшкова, И.И. Гершанович, А.З. Файзуллоев // Экспериментальная и клиническая фармакология — 2001 —N 3 — С.26-28
30. Березин, Ф.Б. Методика многостороннего исследования личности. / Ф.Б. Березин, М.П. Мирошников, Р.В. Рожанец — М.: Медицина, 1976 — 186с.
31. Берковиц, Л. Агрессия: причины, последствия и контроль. / Л. Берковиц — СПб.: Прайм-Еврознак, 2001 — 201 с.
32. Бехтерева, Н.П. Магия творчества и психофизиология / Н.П. Бехтерева — СПб.: РАН, Институт мозга человека, 2006 — 79 с.
33. Бехтерева, Н.П. Нейрофизиологические аспекты психической деятельности человека. / Н.П. Бехтерева — 2-е изд., перераб. и доп. — Л.: Медицина, 1974 — 151 с.
34. Блейхер, В.М. Практическая патопсихология: Руководство для врачей и медицинских психологов. / В.М. Блейхер, И.В. Крук, С.Н. Боков — Ростов-на-Дону, 1996 — 448 с.
35. Бобкова, В.В. Особенности отражения в параметрах ЭЭГ, КГР, КНО психофизиологического состояния больных неврозами. / В.В. Бобкова, Н.В. Щукина // Материалы VIII Всесоюзной конференции по электрофизиологии ЦНС. — Ереван, 1980 — С. 215-216.

36. Бобкова, В.В. Особенности электрической активности мозга при невротических состояниях: автореф. дис. ... докт. биол. наук. / В.В. Бобкова — Л., 1971 — 32 с.
37. Бобров, А.С. Эндогенная депрессия. / А.С. Бобров — Иркутск: РИО ГИУВа, 2001 — 384 с.
38. Бодунов, М.В. Типы динамики пространственной синхронизации ЭЭГ и умственное напряжение / М.В. Бодунов, под ред. В.Б. Швыркова и др. // Мозг и психическая деятельность: сб. науч.ст. — М.: Наука, 1984 — 265с.
39. Боев, И.В. Символдрама: коррекция личностных и поведенческих нарушений / И.В. Боев, Я.Л. Обухов — Ставрополь: Сервисшкола, 2009 — 171 с.
40. Брагина, Н.Н. Функциональные асимметрии человека. / Н.Н. Брагина, Т.А. Доброхотова — М.: Медицина, 1988 — 240 с.
41. Буров, А.Ю. Оценка функционального состояния операторов по показателям умственной работоспособности / А.Ю. Буров // Физиология человека. — 1986 — №6. — С. 83-95.
42. Бутома, Б.Г. Варианты проявления агрессивного поведения при некоторых соматических и психических заболеваниях (обзор) / Б.Г. Бутома // Журнал Невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова — 1992 — № 2. — С. 122-126.
43. Бухановский, А.О. Общая психопатология. Пособие для врачей / А.О. Бухановский — 3-е издание — Ростов н/Д: ЛРНЦ «Феникс», 2003 — 416 с.
44. Бухановский, А.О. Общая психопатология / А.О. Бухановский, Ю.А. Кутявин, М.Е. Литвак — Ростов-на-Дону: Феникс, 1998 — 416 с.
45. Ваксман, А.В. Враждебность и агрессивность в структуре депрессии (закономерности формирования, прогностическая значимость, терапия и

- социально-психическая адаптация): дис. ... канд. мед.наук. / А.В. Ваксман — М., 2005 — 204 с.
46. Вальдман, А.В. Психофармакология эмоций. / А.В. Вальдман, Э.Э. Звартау, М.М. Козловская — М., Медицина, 1976 — 330 с.
47. Вальдман, А.В. Фармакологическая регуляция эмоционального стресса. / А.В. Вальдман, М.М. Козловская, О.С. Медведев — М.: Медицина, 1979 — 360 с.
48. Ван Прааг, Г.М. Депрессия, тревожные расстройства, агрессия: попытки распутать гордиев узел. / Г.М. Ван Прааг // М: Медикография, 1998. — т.20. — №2. — вып.57. — С. 27-34.
49. Ван Прааг, Г.М. Взаимосвязь депрессии, агрессии и тревожных расстройств: биологическая гипотеза. / Г.М. Ван Прааг // М.: Медикография, 1994 — т. 16. — №1. — С. 9 – 15.
50. Васильева, Н.В. Агрессивное поведение и его соотношение с клинико-нозологическими характеристиками индивида. / Н.В. Васильева // Актуальные вопросы клинической и социальной психиатрии: сб. науч. ст. — СПб., 1999 — С. 36-37.
51. Васильчикова, Н.В. Соотношение ЭЭГ - характеристик с клиническими особенностями панического расстройства, вопросы лечения: дис. ... канд. мед. наук. / Н.В. Васильчикова — М., 2003 — 160 с.
52. Ведяев, Ф.П. Лимбическая система мозга, эмоциональный стресс и его эндокринно - вегетативные проявления. / Ф.П. Ведяев // Вестник АМН СССР. — 1975. — № 8. — С. 57 – 65.
53. Вейн, А.М., Биниауришвили, Р.Г., Яхно, Н.Н., Евстратов, И.В. Характеристики ЭЭГ бодрствования у больных с генерализованными судорожными приступами / А.М. Вейн, Р.Г. Биниауришвили, Н.Н. Яхно, И.В. Евстратова // Физиол. человека. 1980 — Т.6 — №5 — С. 790-798.

54. Вейн, А.М. Лимбико-ретикулярный комплекс и вегетативная регуляция. / А.М. Вейн, А.Д. Соловьева — М., 1973 — 268 с.
55. Вейн, А.М. Вегетативные расстройства: Клиника, лечение, диагностика / Под ред. А.М. Вейна. — М.: Медицинское информационное агентство, 1998 — 752 с.
56. Вейн, А.М. Неврологические и нейрофизиологические аспекты подхода к проблеме невротозов. / А.М. Вейн, И.В. Родштат // Невротозы и психопатии: III Всесоюзный съезд невроп. и психиат. — М., 1974 — Т. 2. — С. 30 - 33.
57. Вейн, А.М. Психовегетативные взаимоотношения в норме и патологии. / А.М. Вейн, О.А. Колосова // Журнал физиологии человека. М., 1975. — Т. 1. — № 3. — С. 562 – 569.
58. Вейн, А.М. Вегетативно-сосудистые пароксизмы. / А.М. Вейн, О.А. Колосова — М.: Медицина, 1971 — 154с.
59. Вейн, А.М. Невротозы / А.М. Вейн, О.А. Колосова, Н.А. Яковлев — М.: Медицина, 1995 — 231 с.
60. Вейн, А.М. Неврологические и клиничко - физиологические аспекты невротозов у человека / А.М. Вейн, М.Г. Айрапетянц // Невротозы в эксперименте и клинике. — М.: Наука, 1982 — С. 124 -141.
61. Вилюнас, В.К. Психологические механизмы биологической мотивации. / В.К. Вилюнас – М.: Изд-во Московского Университета, 1986 — 207 с.
62. Вилюнас, В.К. Психология эмоциональных явлений / В.К. Вилюнас — М.: Изд-во Московского университета, 1976 — 143 с.
63. Вирсма Е. (Neumans, Wiersma, 1908, 1909)
64. Вознесенская, Т.Г. Церебральное ожирение и истощение (клиническое, нейроэндокринологическое и психофизиологическое исследование).:дис. ... докт. мед. наук. / Т.Г. Вознесенская — М., 1990 — 484 с.

65. Высотская, Н.Е. Обусловленность профессионально значимых для артиста балета качеств свойствами темперамента и нервной системы. / Н.Е. Высотская — Л.: Психофизиология, 1979 — с. 20-31.
66. Гаврилова, Н.А. Сравнительная оценка пространственной синхронизации биопотенциалов коры головного мозга. / Н.А. Гаврилова // ЖУРН. НЕВРОЛ. И ПСИХИАТР. невропатологии психиатрии — 1970 — Т. 70,8 — С. 11-98.
67. Гаврилова, Н.А. Электроэнцефалографическое исследование больных с нарушением сна при реактивных состояниях. / Н.А. Гаврилова // Журн. неврол. и психиатр. — 1956 — Т. 54. — С. 915 – 918.
68. Галль, Ф.И. «Исследование нервной системы вообще и мозга в частности» / Ф.И. Галль — Париж, 1808.
69. Ганнушкин, П.Б. Клиника психопатий: их статика, динамика, систематика. / П.Б. Ганнушкин — М.: Север, 1933 — 202 с.
70. Гаранян, Н.Г. Враждебность как личностный фактор депрессии и тревоги / Н.Г. Гаранян, А.Б. Холмогорова, Т.Ю. Юдеева // Психология: современные направления междисциплинарных исследований — М.: Институт психологии РАН, 2003 — С. 100-113.
71. Гаранян, Н.Г. Научные исследования процесса психотерапии и ее эффективности: современное состояние проблемы. Часть 2 // Н.Г. Гаранян, А.Б. Холмогорова, И.В. Никитина, О.Д. Пуговкина // Социальная и клиническая психиатрия — 2010 — N 1 — С.70-79.
72. Гиляровский, В.А. Психиатрия / В.А. Гиляровский — М., Л., 1931 — 757с.
73. Глоссарий терминов, относящихся к агрессивному поведению при психических расстройствах. / Под. ред. Т.Б. Дмитриевой, Б.В. Шостаковича // ГНЦ СиСП им. В.П. Сербского — М.: 1999 — 44 с.
74. Голубев, В.Л. Гиперкинетические синдромы и их отражение в двигательном паттерне ночного сна. / В.Л. Голубев, С.Б. Шварков, А.М. Арзуманян //

- Матер. II съезда невроп. и психиат. Белороссии. — Минск, 1980 — С. 168 – 170.
75. Гольденберг, С.И. Проблемы невращения и неврозов / С.И. Гольденберг, Т.И. Гольдовская — М., 1935.
76. Горинов, В.В. Расстройства личности в зрелом и пожилом возрасте: к вопросу о проблеме исходов личностной патологии (аналитический обзор) / В.В. Горинов, — Российский психиатрический журнал — 2009 — №5 — С. 51-55.
77. Горинов, В.В. Личностная патология и внутрисемейная агрессия / В.В. Горинов, И.В. Горшков // Социальная и клиническая психиатрия — 1997 — № 2-е. — С. 25-31
78. Горинов, В.В. Расстройства личности и агрессивное криминальное поведение / В.В. Горинов и др.// Первый национальный конгресс по социальной психиатрии «Психическое здоровье и безопасность в обществе» — М., 2004 — С.38.
79. Горшков, И.В. Внутрисемейные агрессивные противоправные действия психопатических личностей: дисс. ... канд. мед. наук / И.В. Горшков — Москва, 1998 — 20 с.
80. Горшков, И.В. Расстройства личности и агрессия (обзор литературы) / В.В. Горинов, И.В. Горшков // Рос. психиатр, журн. — 1998 — №5 — С.68-73.
81. Гризингер, В. Душевные болезни (пер. с нем.). / В. Гризингер — СПб., 1875 — 610 с.
82. Грулле, Г. Клиническая психиатрия / Под ред. Г. Грулле и др. — М., 1967 — С. 127.
83. Гуревич, К.М. Тесты интеллекта и индивидуальные культурно-психологические особенности испытуемых. / К.М. Гуревич — Таллин: Психодиагностика и школа, 1980 — С. 19-25.

84. Гуревич, М.О. Учебник психиатрии / М.О. Гуревич, М.Я. Серейский, предисл. П.Б. Ганнушкина. — М.: Госиздат, 1928 — 400 с.
85. Гурьева, В.А. Личностная патология. / В.А. Гурьева, О.Я. Гиндикин — М.: Триада-Х, 1999 — 266 с.
86. Гурьева, В.А. Юношеские психопатии и алкоголизм. / В.А. Гурьева, О.Я. Гиндикин — М.: 1980 — 272 с.
87. Гусев, Е.И. Пограничные психические расстройства: фундаментальные, клинические и социальные аспекты / под ред. Е.И. Гусева, А.Б. Гехт, А.С. Аведисовой, Н.В. Гуляевой - М.: ФЦОЗ, 2014 — 592 с.
88. Давиденков, С.Н. Неврозы. / С.Н. Давиденков — Л.: Медгиз, 1963 — 271 с.
89. Дмитриева, Т.Б. Мужчины, обвиненные в убийствах (клинико-социальная характеристика). / Т.Б. Дмитриева и др. // В сб. «Агрессия и психическое здоровье» под ред. ак. РАМН Т.Б. Дмитриевой и проф. Б.В. Шостаковича — СПб., 2002 — С. 45-64.
90. Дмитриева, Т.Б. Психопатологические и криминологические аспекты агрессивного поведения лиц с психическими расстройствами. / Т.Б. Дмитриева, Ю.М. Антонян, В.В. Горинов, Б.В. Шостакович // Российский психиатрический журнал — 1999. — №4. — С. 4-9.
91. Драгунская, Л.С. Соотношение эмоциональных и познавательных процессов при эндогенной депрессии (по данным теста Роршаха). / Л.С. Драгунская // Журн. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. — М.: Медицина. — 1990 — Т.90 — №4 — С.92-95.
92. Драгунская, Л.С. Эмоциональное реагирование при различных типах депрессий. / Л.С. Драгунская // Журн. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. — М.: Медицина, 1983. — Т.83 — №4 — С. 555-560.
93. Дюкова, Г.М. Клинико - экспериментальное исследование вегетативной нервной системы при неврозах: дис. ... канд. мед. наук. / Г.М. Дюкова — М., 1977 — 19 с.

94. Евстратов, И.В. ЭЭГ характеристики бодрствования у больных истерическим неврозом. / И.В. Евстратов, Р.Г. Биниуаришвили // Депонир. По ВНИИМИ, МРЖ, 1981. — Рад. XIV. — № 12, 1344. — 30 с.
95. Ениколопов, С.Н. Психология враждебности в медицине и психиатрии / С.Н. Ениколопов // Современная терапия психических расстройств. — 2007 — №1 — С. 231-246.
96. Ениколопов, С.Н. Практикум по психодиагностике. Психодиагностика мотивации и саморегуляции. Опросник Басса-Дарки. / С.Н. Ениколопов — М.: Моск. гос. Университет, 1990. — С. 6.
97. Ениколопов, С.Н. Психология агрессии: основные подходы. / С.Н. Ениколопов // Вестник Псковского вольного университета — 1994 — №1 (1) — С. 62-68.
98. Жариков, М.Н. Психопатология и клиника дисфорических состояний в структуре эндогенных депрессий: автореф. дис. ... канд. мед. наук / М.Н. Жариков — М., 1985 — 19 с.
99. Жирмунская, Е.А. Клиническая электроэнцефалография / Е.А. Жирмунская — М.: МЭЙБИ, 1991 — 118с.
100. Жирмунская, Е.А. Система описания и классификация ЭЭГ человека / Е.А. Жирмунская, В.С. Лосев. М.: Наука, 1984 — 80 с.
101. Жирмунская, Е.А. Электрическая активность мозга у больных, страдающих неврозами. / Е.А. Жирмунская, Л.Г. Макарова, В.А. Чухрова // Вопросы патогенеза, клиники и лечения неврозов. — М.: Медгиз, 1958 — С. 108-120
102. Жмуров, Д.В. Словарь терминов агрессии. / Д.В. Жмуров — Иркутск, 2006. — 290 с.
103. Жмуров, В.А. Общая психопатология. / В.А. Жмуров Иркутск: Издательство Иркутского университета, 1986 — 280 с.



104. Закусов, В.В. Клиническая фармакология / под ред. В.В. Закусова — М.: Медицина, 1978. — 607 с.
105. Закусов, В.В. Фармакология / В.В. Закусов — М.: Медицина, 1966. — 448 с.
106. Захаров, А.И. Неврозы у детей и подростков: анамнез, этиология, патогенез. / А.И. Захаров — Л.: Медицина, 1988. — 248 с.
107. Иваницкий, А.М. Мозговые механизмы оценки сигналов. / А.М. Иваницкий — М.: Медицина, 1976. — 298 с.
108. Иваницкий, А.М. Сознание и рефлекс. / А.М. Иваницкий // Журн. высш. нервн. деят. — 1990. — Т. 40. — № 6. — С. 1053-1062.
109. Иванов, П.И. Чувства (эмоции) / П.И. Иванов // Психология: Учебник. — Ташкент: Укитувчи, 1995.
110. Изард, К. Психология эмоций. Перев. с англ. / К. Изард — СПб.: Питер, 2000 — 464 с.
111. Изард, К. Эмоции человека. / К. Изард — М.: МГУ, 1980 — 440 с.
112. Изнак, А.Ф. Нейропластичность и нейропротекция в патогенезе и терапии депрессий. / А.Ф. Изнак // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева — 2006.
113. Изюмова, С.А. Свойство активированности и процессы переработки и хранения информации у человека. / С.А. Изюмова // В сб.: Психофизиологические исследования интеллектуальной саморегуляции и активности. — М.: 1980. — 319 с.
114. Ильин, Е.П. Дифференциальная психофизиология. / Е.П. Ильин — СПб.: Питер, 2001 — 464 с.
115. Ильин, Е.П. Эмоции и чувства. / Е.П. Ильин — СПб.: Питер, 2013 — 783 с.
116. Ильюченко, Р.Ю. Взаимодействие полушарий мозга у человека: установка, обработка информации, память. / Р.Ю. Ильюченко, А.Л. Финкельберг, И.Р. Ильюченко, Л.И. Афтанас — Новосибирск: Наука, 1989. — 168 с.

117. Ильюченко, И.Р. Различия в частотных характеристиках ЭЭГ при восприятии положительно-эмоциональных, отрицательно-эмоциональных и нейтральных слов. / И.Р. Ильюченко // Журн. высш. нервн. деят. , 1996 — Т.46 — №3
118. Казакова, С.Е. Особенности клиники неврозов у леворуких детей: автореф. дис. ... канд. мед. наук. / С.Е. Казакова — М., 1987 — 20 с.
119. Калашникова, И.Г. Биоэлектрические корреляты личной тревожности двух сильных типов высш. нервн. деят-ти. / И.Г. Калашникова, Н.Д. Сорокина // Журн. высш. нервн. деят-ти — 1995 — Т. 45 — № 4 — С. 661 - 668.
120. Каменецкая, Б.И. Церебральные механизмы вегетативных расстройств при различных неврологических синдромах. / Б.И. Каменецкая, В.Т. Соломатина // Матер. V Всесоюзн. конф. по физиологии вегетативной нервной системы — Ереван, 1985 — С. 153.
121. Каннабих, Ю.В. Психоанализ / Ю.В. Каннабих // Малая Советская Энциклопедия. — М., 1931 — Т. 7 — С. 20.
122. Карвасарский, Б.Д. Неврозы: Руководство для врачей: 2-е издание, перераб. и доп. / Б.Д. Карвасарский — М.: Медицина, 1990 — 576 с.
123. Качаева, М.А. Острые психогенные депрессивные состояния у женщин в период совершения общественно-опасных действий: автореф. дис. ... канд. мед. наук / М.А. Качаева — М., 1983 — 20 с.
124. Кекелидзе, З.И. Принципы оказания психолого-психиатрической помощи при чрезвычайных ситуациях. / З.И. Кекелидзе // Психиатрия и психофармакотерапия — 2001 — Том 3 — N4 (интернет-журнал).
125. Кербиков, О.В. Лекции по психиатрии / О.В. Кербиков — М.: Государственное издательство медицинской литературы, 1955 — 240 с.
126. Киренская, А.В. Межполушарная асимметрия в системной деятельности мозга в норме и при психических нарушениях: автореф. дис. ... докт. биол. наук / А.В. Киренская — М., 2008 — 246 с.

127. Киренская-Берус, А.В. ЭЭГ-исследование predisпозиции к сексуальному гомицидному поведению у лиц с органическим поражением мозга. / А.В. Киренская-Берус, А.А. Ткаченко, А.Б. Журавлев, Н.А. Радченко // Российский психиатрический журнал, 2000 — №4 — С. 31–36; 2001 — №6 — С. 32-38
128. Киренская-Берус, А.В. ЭЭГ-исследование нейрофизиологических механизмов predisпозиции к гомицидному поведению у лиц с органическим поражением мозга. / А.В. Киренская-Берус и др. // В кн. «Агрессия и психическое здоровье» под ред. Т.Б. Дмитриевой, Б.В. Шостаковича. — СПб.: Юридический центр Пресс, 2002 — С. 323-349.
129. Клейн, В.Н. Латеральная фенотипическая конституция и ее личностные корреляты / В.Н. Клейн, А.П. Чуприкова, под ред. В.Ф. Коновалова. // Асимметрия мозга и память — Пушкино, 1987 — С.46-53
130. Клименко, Л.Л. Связь параметров перекисного окисления липидов с уровнем постоянного потенциала головного мозга крыс / Л.Л. Клименко, В.Ф. Фокин, Л.Н. Коломина — Биофизика, 1987 — Т. 36 — Вып.4 — С. 689 - 690.
131. Ковалев, А.Г. Психология личности. / А.Г. Ковалев — М.: Просвещение, 1965 — 289 с.
132. Коган, В.Н. Электрические проявления деятельности коры головного мозга / В.Н. Коган — «Частная физиология нервной системы» — под ред. П.Г. Костюка и др. — Л.: Наука, 1983 — 605 с.
133. Козлова, Т.А. Исследование функционального состояния нейромедиаторной системы у больных с тиками. / Т.А. Козлова // Рукопись депонир. во ВНИИМИ МЗ СССР, № 2307-79 — Хабаровск, 1979 — С.5
134. Корабельникова, Е.А. Психолингвистические особенности больных с невротическими расстройствами. / Е.А. Корабельникова // Вопросы ментальной медицины и экологии, 2003 — Т. 9 — № 2 — С. 92 - 96.

135. Корнилов, А.А. Клиника, диагностика психических нарушений при травматической болезни головного мозга. / А.А. Корнилов // Методические рекомендации.1 — Кемерово, 1982. — 15 с.
136. Коротаев, А.А. Психологические различия во влиянии эмоций при скоростном стрессе в лабораторной модели некоторых трудовых операций / А.А. Коротаев // Новые исследования в психологии и возрастной физиологии. — М.,1970 — № 1 — С. 157- 162.
137. Корсаков, С.С. Курс психиатрии. / С.С. Корсаков — М., 1913 — 1 т. — 526 с.; 2 т. — 342 с.
138. Костандов, Э.А. Межполушарные функциональные отношения при образовании временной связи у человека / Э.А. Костандов, Т.Ф. Гавриленко, Н.Л. Арзуманов // Журн. высш. нервн. деят. — 1980 — Т. 30 — № 5 — С. 899–907.
139. Костюнина, М.Б. Частотные характеристики ЭЭГ-спектра при эмоциях / М.Б. Костюнина, М.А. Куликов //Журн. высш. нерв. деят. — 1995 — Т. 45.
140. Краснов, В.Н. Расстройства аффективного спектра / В.Н. Краснов — М.: Практическая медицина, 2011 — 432 с.
141. Краснов, В.Н. Тревожные расстройства: их место в современной систематике и подходы к терапии / О.В. Краснов // Социальная и клиническая психиатрия, 2008 — № 3 том 18 — С.33-38.
142. Краснушкин, Е.К. Психогении военного времени/ Е.К. Краснушкин под ред. А.С. Шмарьяна. // Нервные и психические заболевания военного времени: Сборник научных работ — М., 1948. — С. 245 -252.
143. Крауклис, И.А. Роль познотических упражнений в поддержании стабильности высшей нервной деятельности и оптимального нейроэмоционального напряжения при возрастающей информационной нагрузке. / И.А. Крауклис // Пути нейрофизиологической оптимизации систем организма. — Рига: РМИ, 1985 — С. 87-101.

144. Крафт-Эбинг, Р.В. Учебник психиатрии. Пер. с нем. / Р.В. Крафт-Эбинг — Санкт-Петербург: К.Л. Риккер, 1897 — 889 с.
145. Крейг, Г. Психология развития. / Г. Крейг — СПб.: Питер, 2000 — 992 с.
146. Кречмер, Э. Медицинская психология. / Э. Кречмер — М.: Жизнь и Знание, 1927 — 349 с.
147. Кудрявцев, И.А. Криминальная агрессия. Экспертная типология и судебно-психологическая оценка / И.А. Кудрявцев, Н.А. Ратинова — М.: Изд-во Моск. ун-та, 2000 — 192 с.
148. Кузнецова, С.О. Психологические особенности враждебности при психической патологии. / С.О. Кузнецова // Вопросы психологии, 2007— №5 — С.89-99.
149. Куликов, Л.В. Психология настроения. / Л.В. Куликов — СПб.: Изд-во С.-Петербургского университета, 1997 — 228 с.
150. Куликовский, В.В. Вопросы патогенеза и лечения пароксизмальных вегетативных нарушений: дис. ... канд. мед. наук. / В.В. Куликовский — М., 1980.
151. Кульгавин, Л.М. Исследования функциональной асимметрии мозга при неврозах в связи с задачами терапии и прогноза: дис. ... канд. мед. Наук / Л.М. Кульгавин — Л., 1990 — 181 с.
152. Лазурский, А.Ф. Классификация личностей. / А.Ф. Лазурский, под ред. М.Я. Басова и В.Н. Мясищева // Издание третье, переработанное: с статьей проф. М.Я. Басова «Новые идеи в учении о личности» — Л.: ГИЗ, 1924 (обл. 1925) — 290 с.
153. Лазурский, А.Ф. Очерк науки о характерах. / А.Ф. Лазурский // Второе дополненное издание. — СПб., 1908 — 354 с.
154. Лакосина, Н.Д. Клинические варианты невротического развития. / Н.Д. Лакосина — М.: Медицина, 1970 — 222 с.

155. Леонгард, К. Акцентуированные личности. / К. Леонгард — Киев, 1981 — 390 с.
156. Лессер, А.Г. Ранняя диагностика и психопатология депрессий при гипертонической болезни. / А.Г. Лессер под ред. О.П. Вертоградской // Ранняя диагностика и прогноз депрессий (клинико-эпидемиологические и клинико-экспериментальные аспекты): сб. науч. ст. — М., 1989.
157. Ливанов, М.Н. Пространственная организация процессов головного мозга. / М.Н. Ливанов — М.: Наука, 1972 — 181 с.
158. Ливанов, М.Н. Пространственно-временная организация потенциалов и системная деятельность головного мозга. / М.Н. Ливанов — М.: Наука, 1989 — 201 с.
159. Липгарт, Н.К. Особенности адаптивных механизмов и их динамика у больных неврозами. / Н.К. Липгарт, Ю.В. Чайка, В.С. Подкорытов // УП Всесоюзный съезд невропатологов. — М., 1981 — Т. 3 — С. 474-476.
160. Липгарт, Н.К. Типы течения затяжных форм неврастения и истерического невроза в зависимости от их почвы. Психогенные (реактивные) заболевания на измененной «почве». / Н.К. Липгарт, В.И. Радченко // Материалы научно - практической конф. — Воронеж, 1982 — Вып. 2 — С. 27-30.
161. Литвинцев, С.В. Боевая психическая травма: руководство для врачей / С.И. Литвинцев — М.: Медицина, 2005 — 432 с.
162. Литвинцев, С.В. Клинико-организационные проблемы оказания психиатрической помощи военнослужащим в Афганистане: Автореф. дисс...докт. мед. Наук / С.В. Литвинцев — СПб., 1994.
163. Литвинцева, М.С. Роль бредовых идей в общественно опасном поведении больных шизофренией: автореф. дис. ... канд. мед. Наук / М.С. Литвинцева — М., 1977 — 20 с.

164. Мазур, Е.С. Экзистенциально-гуманистическая психотерапия в России: история и перспективы развития / Е.С. Мазур // Экзистенциально-гуманистический подход в психотерапии. — М.: Смысл, 2003 — С. 4- 18.
165. Мазур, Е.С. Смысловая регуляция негативных переживаний у пострадавших землетрясения в Армении / Е.С. Мазур, В.Б. Гельфанд, Л.В. Качалов // Психологический журнал. — М., 1992 — т. 13 — №2 — С. 54-65
166. Мазур, Е.С., Хруленко-Варницкий, И.О. Психотерапия психической травмы: Методические рекомендации. / Е.С. Мазур, И.О. Хруленко-Варницкий // М.: ФГУ «ГНЦССП им. В.П. Сербского» Минздравсоцразвития России, 2011. — 20 с.
167. Макушкин, Е.В. Мотивационная агрессия / Е.В. Макушкин, В.В. Горинов // Российский психиатрический журнал — 2016 — №2 — С. 11-19
168. Малапер, П. Элементы характера и законы их сочетания. / П. Малапер — М., 1913.
169. Манько, О.М. Нейрометаболические стимуляторы (пикамилон и нооклер) и функциональное состояние зрительного анализатора у больных с невротическими расстройствами: автореф. ... канд. мед. наук / О.М. Манько — Купавна, 1997 — 27 с.
170. Матвеев, А.В. Структура и прогностическое значение аффективных расстройств при гипертонической болезни: автореф. дисс. ... канд. мед. наук / А.В. Матвеев — М., 1984 — 24 с.
171. Мерлин, В.С. Очерк теории темперамента. / В.С. Мерлин — Пермь, 1973 — 148 с.
172. Михайлова, О.Ю. Аутоагрессия и суицидальное поведение. / О.Ю. Михайлова // 12 всероссийский съезд психиатров: сб. науч. ст. — М., 1995.

173. Моллазаде, А.Н. Церебральные механизмы психогенных неврологических расстройств (Клиническое и психофизиологическое исследование): дис. ... докт. мед. наук / А.Н. Моллазаде — М., 1990 — 306 с.
174. Монахов, К.К. Системный подход при исследовании церебрального гомеостаза. / К.К. Монахов // Физиология человека. — 1981.
175. Мороз, М.П. Межполушарная асимметрия при измененных функциональных состояниях человека. / М.П. Мороз, Г.Л. Удалова, А.В. Захаров // Журн. физиологии человека — 1986 — Т. 12 — № 2 — С. 179-186.
176. Морозова, М.А. Латентная дисфория-самостоятельное психоэмоциональное нарушение при функциональных расстройствах в общей медицинской практике: попытка описать новый клинический феномен. / М.А. Морозова, А.А. Алексеев, Г.Е. Рупчев // Журн. Психиатрия и психофармакотерапия им. П.Б. Ганнушкина. — 2017 — Т. 19 — №1 — С. 4-8.
177. Мягер, В.К. Диэнцефальные нарушения и неврозы. / В.К. Мягер — Л.: Медицина, 1976 — 166 с.
178. Небылицын, В.Д. Актуальные проблемы дифференциальной психофизиологии: Вопросы психологии / В.Д. Небылицын под ред. Ю.Б. Гиппенрейтер, В.Я. Романова // Психология индивидуальных различий: сб. текстов — М.: Изд-во Московского университета — 1982 — №6.
179. Небылицын, В.Д. Избранные психологические труды. / В.Д. Небылицын — М.: Педагогика, 1990 — 405 с.
180. Небылицын, В.Д. Основные свойства нервной системы человека. / В.Д. Небылицын под ред. Б.Ф. Ломова. // Избранные психологические труды — М.: Педагогика, 1990.
181. Небылицын, В.Д. Темперамент / В.Д. Небылицын // Педагогическая энциклопедия — М., 1962 — Т.4.



182. Незнанов, Н.Г. Клинико-психопатологическая характеристика прогнозирования и психофармакологическая коррекция агрессивного поведения у больных с психическими заболеваниями: автореф. дис. ... докт. мед. наук / Н.Г. Незнанов — СПб., 1994. — 22 с.
183. Незнанов, Н.Г. Рациональная фармакотерапия в психиатрической практике / Н.Г. Незнанов— М.: Литтерра, 2014 — 1080 с.
184. Николаев, А.Р. Спектральные перестройки ЭЭГ и организация корковых связей при пространственном и вербальном мышлении. / А.Р. Николаев и др. // Журнал Высшей Нервной Деятельности им. И.П. Павлова — 1996 — Т. 46 — Вып. 5-й — С. 831-847.
185. Нуллер, Ю.Л. Депрессия и деперсонализация. / Ю.Л. Нуллер — Ленинград: Медицина, 1981 — 207 с.
186. Осипов, В.П. Руководство по психиатрии. / В.П. Осипов — М., Ленинград: Госиздат, 1931 — 596 с.
187. Павлов, И.П. Павловские клинические среды. / И.П. Павлов — М. - Л.: Изд. АПН СССР, 1954 - 1957 — Т. 1 - 3.
188. Павлов, И.П. Полное собрание сочинений. / И.П. Павлов — М. - Л.; Изд. Акад. Наук СССР, 1952-1954.
189. Панкова, О.Ф. Некоторые особенности вегетативно - гуморального регулирования при неврозах и невротических развитиях. / О.Ф. Панкова, А.А. Кешаков // Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. — 1982 — Т. 82 — Вып. 14 — С. 1678 - 1684.
190. Парняков, А.В. Психосоматические взаимоотношения у больных неврозами с различной динамикой заболевания (в условиях крайнего севера): дис. ... канд. мед. наук / А.В. Парняков — Архангельск, 1992 — 206 с.
191. Пеймер, И.А. Об электроэнцефалографических исследованиях при психастении и истерии. / И.А. Пеймер, М.Б. Умаров, И.А. Хромов // Журн.

- невропатол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. — 1954 — Т. 54 — № 11 — С. 903-914.
192. Первый, В.С. Карманный рецептурный справочник врача-психиатра /В.С. Первый, В.Ф. Сухой — Ростов н/Д: ЛРНЦ «Феникс», 2013 — 349 с.
193. Пиотровская, В.Р. Особенности агрессивного поведения и способов его коррекции у психически больных женщин: дис. ... канд. мед наук / В.Р. Пиотровская — СПб.: Науч.-исслед. психоневрол. ин-т им. В.М. Бехтерева, 1992 — 15 с.
194. Платонов, К.К. Система психологии и теория отражения / К.К. Платонов — М.: Наука, 1982 — 310 с.
195. Пономарева, Н.В. Клиническое применение метода анализа уровня постоянного потенциала головного мозга. / Н.В. Пономарева, В.Ф. Фокин, И.И. Разыграев // Современное состояние методов неинвазивной диагностики в медицине — 1996 — С. 37-40.
196. Рагозинская, В.Г. Эмоциональные состояния и их нейрофизиологические корреляты у больных психосоматическими заболеваниями: дис. ... канд. псих. наук / В.Г. Рагозинская — СПб, 2010 — 24 с.
197. Розенцвейг (Rosenzweig), Саул The Picture - association Method and its Application in a Study of Reactions to Frustration. / С. Розенцвейг — 1945
198. Русалов, В.М. Биологические основы индивидуально-типологических различий. / В.М. Русалов — М.: Наука, 1979 — 352 с.
199. Русалов, В.М. Биоэлектрическая активность мозга человека у представителей различных типов темперамента. / В.М. Русалов и др. // Журн. высш. нервн. деят. — 1993 — Т. 43 — вып.3 — С.530-542.
200. Русалов, В.М. О соотношении пластичности психических процессов с интегральными факторами биоэлектрической активности мозга. /В.М. Русалов, С.В. Калашников // Индивидуально-психологические

- различия и биоэлектрическая активность мозга человека — М.: Наука, 1988 — С. 5-55.
201. Русалов, В.М. Опросник структуры темперамента (ОСТ) / В.М. Русалов — М.: ИП АН СССР, 1990 — 50 с.
202. Русалова, М.Н. Влияние эмоций на активацию левого и правого полушарий мозга / М.Н. Русалова // Физиология человека. — 1988 — Т. 14 — № 5 — С. 754–761.
203. Русалова, М.Н. Динамика асимметрии активности коры головного мозга человека при эмоциональных состояниях / М.Н. Русалова // Журн. высш. нерв. деят. — 1988 — Т. 38 — № 4 — С. 754.
204. Русалова, М.Н. К вопросу о межполушарной организации эмоций. / М.Н. Русалова // Физиология человека. — 1987 — Т.13— №.6 — С. 940–947.
205. Русалова, М.Н. Уровни сознания и уровни активации / М.Н. Русалова // Журн. высш. нервн. деят. — 1990 — № 6 — С. 1097-1104.
206. Русалова, М.Н. Функциональная асимметрия мозга: эмоции / М.Н. Русалова, под ред. Н.Н. Боголепова, В.Ф. Фокина // Функциональная межполушарная асимметрия. Хрестоматия. — М.: Научный мир, 2004 — С.322-348.
207. Русалова, М.Н. Экспериментальное исследование эмоциональных реакций человека. / М.Н. Русалова — М.: Наука, 1979 — 171 с.
208. Русалова, М.Н., Частотно-амплитудные характеристики левого и правого полушарий при мысленном воспроизведении эмоционально окрашенных образов. / М.Н. Русалова, М.Б. Костюнина // Физиология человека. — 1999 — т. 25 — № 5 — С. 50-56.
209. Саленко, Б.Б. О феноменологии депрессивного аффекта. / Б.Б. Саленко под ред. О.П. Вертоградовой // Депрессии (Психопатология, патогенез): труды Моск. НИИ психиатрии МЗ РСФСР — М.: МНИИП, 1980 — С. 47–52.

210. Сафуанов Ф.С. Психология криминальной агрессии. / Ф.С. Сафуанов — М.: Смысл, 2003 — 300 с.
211. Сафуанов, Ф.С. Медицинская и судебная психология. / Ф.С. Сафуанов // Курс лекций. — М.: Генезис, 2004 — С.49-77.
212. Селье, Г. "A syndrome produced by diverse poisonous agents". / Г. Селье // Nature, 1936 — №3479 — p.32
213. Семке, В.Я. К проблеме клинко-патогенетического анализа и коррекции нарушений поведения подростков / В.Я. Семке и др. // Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. — 1982 — Вып. 10. — С. 1517–1523.
214. Семке, В.Я. Невротические пути агрессии. / В.Я. Семке, Д.Г. Платонов, В.Я. Новиков — Томск, Кемерово: ОАО И1111 «Кузбасс», ООО РПК «Радуга», 2006 — 208 с.
215. Семке, В.Я. Типология и клиническая динамика посттравматических стрессовых расстройств у комбатантов / В.Я. Семке, Е.М. Епанчинцева // Российский психиатрический журнал. — 2001 — № 5 — С. 19-23.
216. Сербский, В.П. Руководство к изучению душевных болезней. / В.П. Сербский — М.: Студ. мед. изд. комиссия, 1906 — 568 с.
217. Сидоров, П.И. Введение в клиническую психологию: в 2 томах. / П.И. Сидоров, А.В. Парняков — М.: Академический Проект, Екатеринбург: Деловая книга, 2000 — 381 с.
218. Сикорский, И.А. Основы теоретической и клинической психиатрии с краткими очерками судебной психологии. / И.А. Сикорский — Киев: тип. С.В. Кульженко, 1910 — 702 с.
219. Симонов, П.В. Лимбические структуры мозга и патогенез неврозов. / П.В. Симонов // Журн. невропатол. и психиатр. — 1984 — № 11 — С. 1665-1670.

220. Симонов, П.В. Теория отражения и психофизиология эмоций / П.В. Симонов — М., Наука, 1970 — 144 с.
221. Слезин, В.Б. К вопросу о центральной регуляторных и эмоциональных механизмах неврозов. / В.Б. Слезин и др. // Теория и практика медицинской психологии и психотерапии. — Л., 1994 — С. 116-119.
222. Смулевич, А.Б. Депрессии в общей медицине: руководство для врачей. / А.Б. Смулевич — М.: Медицинское информационное агентство, 2001 — 782 с.
223. Смулевич, А.Б. Психические расстройства в клинической практике /А.Б. Смулевич — М.: МЕДпресс-информ, 2011 — 720 с.
224. Смулевич, А.Б. Психические расстройства в клинической практике / Смулевич А.Б. — М.: МЕДпресс-информ, 2011 — 760 с.
225. Снежневский, А.В. Руководство по психиатрии. / А.В. Снежневский — М.: Медицина, 1983 — т. 1. — С. 19-63.
226. Собчик, Л.Н. Индивидуально-типологический опросник. Практическое руководство к традиционному и компьютерному вариантам теста / Л.Н. Собчик — Боргес, 2010 — 60 с.
227. Соловьева, С.Л. Агрессивное поведение и агрессивность как свойство личности / С.Л. Соловьева // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. — 1995 — №3 — С. 13-20.
228. Суворова, В.В. Асимметрия зрительного восприятия. Психофизиологическое исследование. / В.В. Суворова, М.А. Матова, З.Г. Туровская — М.: Педагогика, 1988 — 184 с.
229. Суворова, В.В. Динамика формирования асимметрии слухоречевых функций у подростков / В.В. Суворова // Вопросы психологии. — 1989 — №1 — С.101-106.

230. Судаков, К.В. Биологические мотивации / К.В. Судаков — М.: Медицина, 1971 — 287 с.
231. Судаков, К.В. Системные основы эмоционального стресса / К.В. Судаков, П.Е. Умрюхин— М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010 — 112 с.
232. Тарабрина, Н.В. Методика изучения фрустрационных реакций (PictureFrustrationS.Rosenzweig). / Н.В. Тарабрина // Иностранная психология. — 1994 — Т.2 — №2 (4) — С. 68-77.
233. Темков, И. Клиническая психофармакология, пер. с болг. / И. Темков, К. Киров — Москва: Медицина, 1971 — 356 с.
234. Теплов, Б.М. Избранные труды / Б.М. Теплов — М.: Педагогика, 1985 — тт. 1—2
235. Теплов, Б.М. Психология музыкальных способностей. / Б.М. Теплов — М.: Л.: Изд-во АПН РСФСР, 1947 — 334 с.
236. Теплов, Б.М. Типологические свойства нервной системы и их значение для психологии. - Философские вопросы физиологии ВНД и психологии. / Б.М. Теплов под ред. Ю.Б. Гиппенрейтер, В.Я. Романова // Психология индивидуальных различий: сб. текстов — М.: ЧеРо, 2000 - 776с
237. Тиганов, А.С. Аффективные расстройства и синдромообразование / А.С. Тиганов // Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. — 1999 — № 1 — С. 8-10.
238. Тиганов, А.С. Руководство по психиатрии. В 2-х т. / А.С. Тиганов — М.: Медицина, 1999 — т. 1 — 712 с.
239. Тиганов, А.С. Эндогенные депрессии: вопросы классификации и систематики / А.С. Тиганов под ред. А.Б. Смулевича. // Депрессии и коморбидные расстройства М.,1997 — С. 12–26.
240. Тимонина, М.В. Сравнительная психофизиологическая характеристика действия транквилизаторов группы бензодиазепина, психотерапии и их

- комбинации у больных с невротическими расстройствами: автореф. дис. ... канд. мед. наук / М.В. Тимонина — М., 1998 — 24 с.
241. Тихоненко, В.А. Нелекарственные методы реабилитации больных с пограничными психическими расстройствами: Сб. науч. трудов / В.А. Тихоненко — М.: ГНЦ ССП им. Сербского, 2005 — 190 с.
242. Тихоненко, В.А. Проблема реабилитации больных с пограничными психическими расстройствами. / В.А. Тихоненко, под редакцией профессора В.А. Тихоненко. // Нелекарственные методы реабилитации больных с пограничными психическими расстройствами: Сборник научных трудов — М.: ГНЦ ССП им. В.П. Сербского, 2005 — С. 6-16.
243. Тихоненко, В.А., Хруленко-Варницкий, И.О., Елфимов, М.А. Повышение эффективности лечебно-реабилитационных программ для больных с пограничными психическими расстройствами с использованием преимущественно немедикаментозных методов терапии: Аналитический обзор. / В.А. Тихоненко, И.О. Хруленко-Варницкий, М.А. Елфимов // М.: ФГУ «ГНЦ ССП Росздрава», 2009. — 70 с.
244. Ушаков, Г.К. Пограничные нервно-психические расстройства / Г.К. Ушаков — М.: Медицина, 1987 — 304 стр.
245. Файзуллоев, А.З. Особенности психофизиологических эффектов антидепрессантов / А.З. Файзуллоев, Р.В. Ахапкин // Фарматека — 2012 — № 19 — С.62-65.
246. Фокин, В.Ф. Оценка энергозатратных процессов головного мозга человека с помощью регистрации уровня постоянного потенциала. / В.Ф. Фокин, Н.В. Пономарева // Современное состояние методов неинвазивной диагностики в медицине. — 1996 — С. 68 — 72.
247. Фрейд, З. Печаль и меланхолия. / З. Фрейд, под ред. В.К. Вилюнаса, Ю.Б. Гиппенрейтер. // Психология эмоций: Тексты. / М.: Изд-во Моск. ун-та, 1993 — С. 215-223.

248. Фресс, П. Эмоции / П. Фресс // Экспериментальная психология. — М.: Прогресс, 1975 — Вып. V. — С.111-195.
249. Фулье, А. Темперамент и характер / А. Фулье — М.: Издание магазина «Книжное дело», 1896 — 31 с.
250. Халецкий, А.М. Уровни психической деятельности в норме и патологии. / А.М. Халецкий — М.: Медицина, 1970 — 160 с.
251. Ханин, Ю.Л. Краткое руководство к применению шкал реактивной тревоги и личностной тревожности. / Ю.Л. Ханин — Л.: ЛНИИТЕК, 1976 — 40 с.
252. Харитонов, Л.Б. Психофизиологические механизмы нарушения свойств и структуры сенсорного внимания при неврозах: автореф. дис. ... канд. мед. наук. / Л.Б. Харитонов — Курск, 1996 — 17 с.
253. Харченко, Е.П. Пластичность мозга / Е.П. Харченко, М.Н. Клименко // Химия и жизнь - XXI век. — 2004 — № 6 — С.26-33.
254. Хейманс, Г. (Heymans, Wiersma, 1908, 1909)
255. Холмогорова, А.Б. Многофакторная модель эмоциональных расстройств / А.Б. Холмогорова, Н.Г. Гаранян // Соц. и клин. Психиатрия — 1998 — N 1 — С.94-102.
256. Хруленко-Варницкий, И.О. О некоторых методических подходах к оценке повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости в процессе фармакотерапии у больных с пограничными психическими расстройствами / И.О. Хруленко-Варницкий // Фарматека.Психиатрия/ Неврология: Специальный выпуск. — М., 2012 — С.31-36.
257. Хруленко-Варницкий, И.О. Дифференцированная терапия транквилизаторами больных неврозами с учетом их индивидуально-типологических особенностей: автореф. дис. ... канд. мед. наук / И.О. Хруленко-Варницкий — М., 1987.



258. Хруленко-Варницкий, И.О. Методические подходы к исследованию клинических особенностей повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости (раздражительности) у больных с пограничными психическими расстройствами / И.О. Хруленко-Варницкий // Вестник неврол., психиатр. и нейрохир. — 2012 — № 5. — С.28–37.
259. Хруленко-Варницкий, И.О. Особенности состояний повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости у больных с пограничными психическими расстройствами / И.О. Хруленко-Варницкий // Рос. психиатр. Журнал — 2012 — № 6. — С. 50–57.
260. Хруленко-Варницкий, И.О. Распространенность и особенности выраженности повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости (раздражительности) у больных с различными формами пограничных психических расстройств (ППР). / И.О. Хруленко-Варницкий // XV съезд психиатров России. 9-12 ноября 2010 г.: материалы съезда. — М.: ИД «Медпрактика-М», 2010 — С.124
261. Хэссет, Дж., Введение в психофизиологию / Дж. Хэссет — М.: Мир, 1981 — 248 с.
262. Чеховская, М.В. Клиническая характеристика психических нарушений у лиц с гетероагрессивным поведением: автореф. дис. ... канд. мед. наук / М.В. Чеховская — Томск, 1997 — 20 с.
263. Чугунов, С.А. Клиническая электроэнцефалография. / С.А. Чугунов — М.: Медгиз, 1956 — 354 с.
264. Шейдер, Р. Психиатрия. / Р. Шейдер — М.: Практика, 1998. — 485с.
265. Шиньон, Ж. Эпидемиология и основные принципы терапии тревожных расстройств / Ж. Шиньон // Синапс. — 1991 — №1 — С. 3-16.
266. Шостакович, Б.В. Агрессия, агрессивное поведение и психопатология: постановка проблемы. / Б.В. Шостакович, В.В. Горинов, под ред. ак. РАМН Т.Б. Дмитриевой и проф. Б.В. Шостаковича. // Агрессия и психическое

- здоровье: сб. науч. тр. — СПб.: Юридический центр Пресс, 2002 — С. 10-22.
267. Шостакович, Б.В. Агрессия, агрессивное поведение и психопатология: постановка проблемы. / Б.В. Шостакович, В.В. Горинов // В сб. «Агрессия и психическое здоровье» под ред. ак. РАМН Т.Б. Дмитриевой и проф. Б.В. Шостаковича. — СПб., 2002 — С. 10-22.
268. Шостакович, Б.В. Личностные расстройства и криминальная агрессия. / Б.В. Шостакович, В.В. Горинов, И.В. Горшков, Л.О. Пережогин // В сб. «Агрессия и психическое здоровье» под ред. ак. РАМН Т.Б. Дмитриевой и проф. Б.В. Шостаковича. — СПб., 2002 — С. 206-223.
269. Шостакович, Б.В. Ограниченная вменяемость в судебно-психиатрической клинике / Б.В. Шостакович, В.В. Горинов // Ограниченная вменяемость — М., 1996 — С. 11-18.
270. Шостакович, Б.В. Судебная психиатрия / Б.В. Шостакович — Учебник для вузов — М.: Зерцало, 1997 — 385 с.
271. Юматов, Е.А. Центральные пептидергические механизмы ограничения развития эмоционального стресса. / Е.А. Юматов // Всесоюзная конференция по физиологии вегетативной нервной системы. — Ереван, 1986 — С. 367 - 369.
272. Ягода, С.А. Психофизиологические критерии электродермальной активности при психических расстройствах: дис. ... канд. мед. наук. / С.А. Ягода — Архангельск, 2013 — 153 с.
273. Яковенко, И.А. Сопоставление перестроек пространственно-временной организации потенциалов коры больших полушарий мозга человека с частотными характеристиками ЭЭГ при решении когнитивной задачи. / И.А. Яковенко, Е.А. Черемушкин // Журнал Высшей Нервной Деятельности им. И.П. Павлова. — 1996 — Вып. 3.

274. Яковлева, Е.К. Патогенез и терапия невроза навязчивых состояний и психоастении. / Е.К. Яковлева — Л.: 1958 — 148 с.
275. Ясная, В.А. Перфекционизм: история изучения и современное состояние проблемы / В.А. Ясная, С.Н. Ениколопов // Вопросы психологии. — 2007 — N 4 — С. 157–168.
276. Яхин, К.К. Соматические расстройства в клинической психологии: учеб.-метод. пособие для интернов, ординаторов и курсантов системы последиплом. образования по специальностям психиатрия, психотерапия и клинич. психология / К.К. Яхин, Ю.А. Калмыков — Федер. агентство по здравоохранению и соц. развитию, Казан. гос. мед. ун-т, Каф. психиатрии и наркологии с курсом клинич. психологии. — Казань: КГМУ, 2009. — 498 с.
277. Яхин, К.К. «Психическое здоровье лиц, работающих в условиях воздействия физических факторов производства и производственной среды» - Пограничные психические расстройства: сборник научных работ / К.К. Яхин под. ред. чл.-корр. РАН, проф. Ю.А.Александровского. — М.: ФГБУ «ГНЦССП им. Сербского» Минздрава России, 2014 — 380 с.
278. Abramson, L.Y. Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression / L.Y. Abramson, G.I. Metalsky, L.B. Alloy // Psychological review. 1989 — V. 96. — P. 358-372.
279. Adams, A.M. D. Studies on the flat electroencephalogram in man. / A.M.D. Adams // EEG and Clin. Neurophysiology — 1959 — V. 11 — N 1 — P. 35 - 41.
280. Aftanas, L.I. Neurophysiological correlates of induced discrete emotions in humans: an individually oriented analysis. / L.I. Aftanas, N.V. Reva, L.N. Savotina, V.P. Maknev // Neuroscience and Behavioral Physiology. — 2006 — Vol. 36(2). — P.119-130.

281. Arakelov, G.G. SGR as the indicator of emotional, orienting and motor components of stress, / G.G. Arakelov, E.K. Shott // *Psikhologicheskii Zhurnal* — M.: Izdatel'stva Nauka (Russian Federation) — 1998 — V. 19, № 4 — P.70-70.
282. Asnis, G.M. Homicidal behaviors among psychiatric outpatients / G.M. Asnis, M.L. Kaplan, H.M. van Praag, W.C. Sanderson // *Hosp Community Psychiatry* — 1994 — Feb — 45(2):1 — P.27-32.
283. Azorin J.M. Self-assessment and characteristics of mixed depression in the French national EPIDEP study / J.M. Azorin and other // *J Affect Disord.* — 2012 Dec 20 — 143(1-3):109-17.
284. Baer, R.A. Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. / R.A. Baer // *Clinical Psychology: Science and Practice.* — 2003 — 10(2) — P.125–143.
285. Balabanova, V.A. Cortical evoked activity in humans in the presence of pathologic focal alterations in brain stem structures. / V.A. Balabanova, M.S. Fokin, U.B. Makhmudov // *Zh Vyssh Nerv Deiat Im I P Pavlova.* — 1982 Jan-Feb — 32(1):161-4. Russian.
286. Barata, P.C. Building a Definition of Irritability From Academic Definitions and Lay Descriptions / P.C Barata, C. Paula et al // *Emot Rev* — 2016 — 8; 8(2) — P.164-172.
287. Barefoot, J.C. The Cook-Medley Hostility Scale: item content and ability to predict survival. / J.C. Barefoot, K.A. Dodge, B.L. Peterson, W.G. Dahlstrom, R.B. Williams // *Psychosom Med.* — 1989 — 51. — P.46-57.
288. Baron, R. Human aggression. / R. Baron — New York: Plenum Press, 1977. — 440 p.
289. Beck, A.T. Depression: Causes and Treatment. / A.T. Beck — Philadelphia: University of Pennsylvania, 1967.

290. Benazzi, F. Irritable - hostile depression: further validation as a bipolar depressive mixed state. / F. Benazzi, H. Akiskal // J Affect Disord. — 2005 — Feb — 84(2-3) — P.197-207.
291. Benazzi, F. Psychometric delineation of the most discriminant symptoms of depressive mixed states. / F. Benazzi, H. Akiskal // Psychiatry Res. — 2006 — Jan 30 — 141(1):81-8.
292. Berger, U. Ober das elektroenkephalogramm des Menschen. / U. Berger //Archiv fur Psychiatrie und Nervenkrankheiten, — 1929 — 87 — P.527-570.
293. Berkowitz, L. Aggression: Its causes, consequences and control. / L. Berkowitz — Philadelphia, PA: Temple University Press, 1993.
294. Bertalanffy, L. von. Vom Sinn und der Einheit der Wissenschaften / L. Bertalanffy // Der Student. Wien — 1947 — Vol. 2. — № 7–8.
295. Biaggio, M.K. Relation of depression to anger and hostility constructs / M.K. Biaggio, W.H. Godwin // Psychological Reports. — 1987 — vol. 61 — P.87-90.
296. Birmaher, B. Mood lability among offspring of parents with bipolar disorder and community controls / B. Birmaher et al // Bipolar Disord — 2013 May — 15(3):2 — P.53-63.
297. Bjork, J.M. A positive correlation between self-ratings of depression and laboratory-measured aggression / J.M. Bjork, D.M. Dougherty, F.G. Moeller // Psychiatry Res. — 1997 — V.69 — P.33-38.
298. Blackburn, I.M. The pattern of hostility in affective illness / I.M. Blackburn // British Journal of Psychiatry — 1974 — vol. 125 — P.141-145.
299. Blanchard, E.B. Emergency room vital signs and PTSD in a treatment seeking sample of motor vehicle accident survivors / E.B. Blanchard, E.J. Hickling, T. Galovski, C. Veazey // J Trauma Stress, 2002 — Jun — 15(3) — P.199-204.

300. Blanchard, E.B. Psychometric properties of a measure of aggressive driving: the Larson Driver's Stress Profile / E.B. Blanchard, K.A. Barton, L.S. Malta — *Psychol Rep.*, 2000 — Dec — 87(3 Pt 1):8 — P.81-92.
301. Blanchard, E.B. Psychophysiological assessment of compulsive gamblers' arousal to gambling cues: a pilot study. / E.B. Blanchard, E. Wulfert, B.M. Freidenberg, L.S. Malta // *Appl Psychophysiol Biofeedback*, 2000— Sep — 25(3):1 — P.55-65.
302. Bleuler, E. *Affektivitat, Suggestivitat, Paranoja, Holle* / E. Bleuler — 1926.
303. Bohdanecký, Z. EEG alpha and non-alpha intervals alternation / Z. Bohdanecký, P. Lánský, M. Indra, T. Radil-Weiss // *Biol Cybern*, 1978 — Aug — 30 — 30(2):10 — 9-13.
304. Braconnier, A. Anxiety, aggression, agitation and depression: psychopathologic aspects. / A. Braconnier, A. Jeanneau // *Encephale* — 1997 — Spec.No 3. — P.43-47.
305. Brand, S. 'Bright side' and 'dark side' hypomania are associated with differences in psychological functioning, sleep and physical activity in a non-clinical sample of young adults / S. Brand, S. Jeanneau, M. Gerber, U. Pühse, E. Holsboer-Trachsler // *J Affect Disord* — 2011 Jun — 131(1-3) — P.68-78.
306. Buell, J. The role of emotional stress in the development of heart disease. / J. Buell, K. Eliot // *J. Amer. Med. Assoc.* — 1979 — V. 242 — N4 — P. 365-368.
307. Buonomano, D.V. Cortical plasticity: from synapses to maps / D.V. Buonomano, M.M. Merzenich // *Annu Rev Neurosci* — 1998 — 21 — P.149-186.
308. Buss, A. *The psychology of aggression* / A. Buss — New York: John Willey, 1961.
309. Buss, A.H. An inventory for assessing different kinds of hostility / A.H. Buss, A. Durkee // *J of Consulting Psychology* — 1957 — 21 — P.343-348.

310. Butler, T. Reducing impulsivity in repeat violent offenders: an open label trial of a selective serotonin reuptake inhibitor / T. Butler et al // *J Psychiatry* — 2010 Dec — 44(12):11 — P.37-43.
311. Cacioppo, J.T. Emotion / J.T. Cacioppo, W.L. Gardner // *Annu Rev Psychol*, 1999 — 50 — P.191-214.
312. Caprara, G. Indicators of impulsive aggression: Present status of research on irritability and emotional susceptibility scales. / G. Caprara et al. // *Personality and Individual Differences* — 1985 — 6 — P.665–674.
313. Caprara, G. Individual differences conducive to aggression and violence: Trajectories and correlates of irritability and hostile rumination through adolescence / G. Caprara, M. Paciello M. Gerbino, C. Cugini // *Aggressive Behavior* — 2007 — 33 — P.359–374
314. Caprara, G. Instigation to aggress and escalation of aggression examined from a personological perspective: The role of irritability and emotional susceptibility. / G. Caprara, P. Renzi, P. Alcini, G. D'Imperio, G. Travaglia // *Aggressive Behavior* — 1983 — 9 — P.345–351.
315. Caprara, G. Interpolating physical exercise between instigation to aggress and aggression: The role of irritability and emotional susceptibility / G. Caprara, P. Renzi, G. D'Augello, G. D'Imperio, G. Travaglia // *Aggressive Behavior* — 1986 — 12 — P.83–91.
316. Caprara, G.V. Emotional susceptibility, irritability and hostile rumination as correlates of coronary heart disease. / G.V. Caprara et al. // *Personality and Individual Differences* — 1995 — 19(4) — P.569–575.
317. Carlson, E.B. Posttraumatic stress and aggression among veterans in long-term care. / E.B. Carlson, S. Lauderdale, J. Hawkins // *J Geriatr Psychiatry Neurol* — 2008 Mar — 21(1) — P.61-71.

318. Cassano, G.B. The role of psychomotor activation in discriminating unipolar from bipolar disorders: a classification-tree analysis / G.B. Cassano et al. // *J Clin Psychiatry* — 2012 — Jan — 73(1):2 — P.2-8.
319. Castrogiovanni, P. Suicidality and aggressive behaviour. / P. Castrogiovanni, F. Pieraccini, A. Di Muro // *Acta Psychiatr. Scand* — 1998 — V.97 — P. 144-148.
320. Coccaro, E.F. Assessment of life history of aggression: development and psychometric characteristics / E.F. Coccaro, M.E. Berman, R.J. Kavoussi // *Psychiatry Res*, 1997 — Dec — 5;73(3):1 — P.47-57.
321. Coccaro, E.F. Assessment of life history of aggression: development and psychometric characteristics / E.F. Coccaro, M.E. Berman, R.J. Kavoussi — *Psychiatry Res* — 1997 — Dec 5 — 73(3):1 — P. 47-57.
322. Coccaro, E.F. Impulsive aggression in personality disorder correlates with platelet 5-HT<sub>2A</sub> receptor binding / E.F. Coccaro et al // *Neuropsychopharmacology*, 1997 — Mar — 16(3):21 — P.1-6.
323. Coccaro, E.F. Serotonergic studies in patients with affective and personality disorders: correlates with suicidal and impulsive aggressive behavior / E.F. Coccaro et al. // *Arch Gen Psychiatry* — 1989 — 46 — P.587-599.
324. Copeland, W.E. Normative Irritability in Youth: Developmental Findings From the Great Smoky Mountain Study / W.E. Copeland, M.A. Brotman, E.J. Costello // *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* — 2015 — August — V. 54 — Issue 8 — P.635–642.
325. Damasio, A.S. Emotion in the perspective of an integrated nervous system / A.S. Damasio // *Brain Research Reviews* — 1998 — 26 — P. 83–86
326. Di Giuseppe, R. Understanding anger disorders. / R. Di Giuseppe, R.C. Tafrate — New York, NY: Oxford University Press, 2007.



327. Diener, C. Effects of stressor controllability on psychophysiological, cognitive and behavioural responses in patients with major depression and dysthymia / C. Diener et al. // *Psychol Med.* — 2009 Jan — 39(1) — P.77-86.
328. Dollard, J. Frustration and aggression / J. Dollard et al. // N.H. London. — 1939.
329. Dykman, B.M. Processing of ambiguous and unambiguous feedback by depressed and nondepressed college students: schematic biases and their implications for depressive realism. / B.M. Dykman, L.Y. Abramson, L.B. Alloy, S. Hartlage // *J PersSoc Psychol* — 1989 — Mar — 56(3) — P.431-45.
330. Eaton, W. Panic and panic disorder in the United States. / W. Eaton, R.C. Kessler, H.U. Wittchen, W.J. Magee // *The American Journal of Psychiatry* — 1994 — Mar — Vol 151(3) — P.413-420.
331. Eaton, W. Rates of symptoms of depression in a national sample / W. Eaton, L.G. Kessler // *Am J Epidemiol* — 1981 — 114 (4) — P.528-538
332. Engel B.T. Stimulus response and individual-response specificity / B.T. Engel // *Archives of General Psychiatry* — 1960 — 2 — P.305-313.
333. Enoch, M.A. Relationship of genetically transmitted alpha EEG traits to anxiety disorders and alcoholism / M.A. Enoch, J.W. Rphrbaugh, E.Z. Davis et al. // *Am. J. Med. Genet.* — 1995 — Vol. 60 — N 5 — P. 400-408
334. Fava, M. Adjunctive Brexpiprazole in Patients With Major Depressive Disorder and Irritability / M. Fava, F. Ménard, C.K. Davidsen and R.A. Baker // *Clin Psychiatry.* — 2016 — Jul 5— doi: 10.4088/JCP.15m10470.
335. Fava, M. Adjunctive Brexpiprazole in Patients With Major Depressive Disorder and Irritability: An Exploratory Study / M. Fava, F. Ménard, C.K. Davidsen, R.A. Baker // *J Clin Psychiatry*, 2016 — Dec — 77(12) — P.1695-1701.
336. Fava, M. Anger attacks in patients with depression / M. Fava, J.F. Rosenbaum // *J Clin Psychiatry*, 1999 — 60 Suppl 15:2 — 1-4.

337. Fava, M. The Importance of Irritability as a Symptom of Major Depressive Disorder: Results from the National Comorbidity Survey Replication / Fava M. et al // *Mol Psychiatry* — 2010 — August — 15(8) — P.856-867.
338. Felsten, G. Five-factor analysis of Buss-Durkee hostility inventory neurotic hostility and expressive hostility factors: implications for health psychology / G. Felsten // *J Pers Assess* — 1996 — Aug — 67(1):1 — P.79-94.
339. Fernández-Mendoza, J. Cognitive-emotional hyperarousal as a premorbid characteristic of individuals vulnerable to insomnia. / J. Fernández-Mendoza et al. // *Psychosom Med* — 2010 — May — 2(4) — P.397-403.
340. Ferrier-Auerbach, A.G. Predictors of emotional distress reported by soldiers in the combat zone / A.G. Ferrier-Auerbach et al. // *J Psychiatr Res* — 2010 — May — 44(7) — P.470-6.
341. Fink, M. EEG patterns as an index of clinical activity of psychoactive drugs. / M. Fink, D.M. Shapiro // *Electroencephalogr Clin Neurophysiol* — 1969 — Sep — 27(7) — P.710.
342. Gan, Z. A predictive model for diagnosing bipolar disorder based on the clinical characteristics of major depressive episodes in Chinese population / Z. Gan // *J Affect Disord* — 2011 — Nov — 134(1-3):1 — P.19-25.
343. Gardner, E.L. The neurobiology and genetics of addiction: implications of the reward deficiency syndrome for therapeutic strategies in chemical dependency / E.L. Gardner In: J. Elster (Eds.) // *Addiction: entries and exits.* — NY: Russell Sage Foundation, 1999 — P.57-119
344. Gemignani, A. Changes in autonomic and EEG patterns induced by hypnotic imagination of aversive stimuli in man. / A. Gemignani et al. // *Brain Research Bulletin.* — 2000 — Vol. 53. — №1. — P.105-111.
345. Gibbs, F.A. The electroencephalogram in epilepsy and in conditions of impaired consciousness. / F.A. Gibbs, F. Davis, W.G. Lennox // *Archives of Neurology and Psychiatry* — 1935 — 3 — P.1133-1148.

346. Goldberg, I. A comparison of two psychiatric screening tests. / I. Goldberg, R. Richels, R. Downing, P. Hesbacher // *British Journal of Psychiatry* — 1976 — 129, 61-7.
347. Gracia, M. Studies of computerized EEG in Neuroses. / M. Gracia, J. Medinal // *EEG and Clin. Neurophysiol.* — 1984 — V. 58, №1 — P. 1-6.
348. Gruber, T. Selective visual-spatial attention alters induced gamma band responses in the human EEG / T. Gruber, M.M. Muller, A. Keil, T. Elbert // *Clin. Neurophysiol.* — 1999 — v. 110 — P.2074-2085.
349. Guerreiro, D.F. Affective temperaments and self-harm in adolescents: a cross-sectional study from a community sample / D.F. Guerreiro et al. // *J Affect Disord* — 2013 — Dec — 51(3):891-8.
350. Guidi, J. Subtyping depression in the medically ill by cluster analysis. / J. Guidi et al. // *J Affect Disord* — 2011 — Aug — 132(3):383-8.
351. Haines, J. The psychopathology of incarcerated self-mutilators / J. Haines, C.L. Williams, K.L. Brain // *Canadian Journal of Psychiatry* — 1995 — vol. 40(9) — P.514-522.
352. Halpern, J. Identifying risk of emotional sequelae after critical incidents. / J. Halpern, R.G. Maunder, B. Schwartz, M. Gurevich // *Emerg Med J.* — 2011 — Jan — 28(1):51-6.
353. Hanwella, R. Signs and symptoms of acute mania: a factor analysis. / R. Hanwella, V.A. de Silva // *BMC Psychiatry* — 2011 — Aug 19 — 11:137.
354. Hauschildt, M. Heart rate variability in response to affective scenes in posttraumatic stress disorder. / M. Hauschildt, M.J. Peters, S. Moritz, L. Jelinek // *BiolPsychol* — 2011 — Dec — 88(2-3):215-22. doi: 10.1016/j.biopsycho.2011.08.004 — Epub: 2011 — Aug 19.
355. Hauschildt, M. Obsessive-compulsive disorder: psychosocial consequences and quality of life: a review. / M. Hauschildt, S. Moritz // *Nervenarzt* — German, 2011 — Mar — 82(3):281-2 — P. 284, 286.

356. Hayes, S.C. Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: Examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy/ S.C. Hayes et al. // *Behavior Therapy* — 2013 — 44(2) — P.180–198.
357. Hayes, S.C. Treatment development: can we find a better way? / S.G. Hayes, D.M. Long, M.E. Levin, W.C. Follette // *Clin Psychol Rev* — 2013 — Nov — 33(7):8 — P.70-82.
358. Henry, C. Emotional dysfunction as a marker of bipolar disorders / C.Henry et al. // *Front Biosci (Elite Ed)* — 2012 — Jun — 4:27 — P.22-30.
359. Herrmann, W.M. Electroencephalography in psychiatry — current status and outlook / W.M. Herrmann, G. Winterer // *Nervenarzt* — German, 1996 — May — 67(5):3 — P.48-59. Review.
360. Hinrichs, H. Basic emotions reflected in EEG- coherences. / H. Hinrichs, W. Machleidt // *International Journal of Psychophysiology* — 1992 — Vol.3 — P. 225-232.
361. Hoddapp, V. *Arger und Argerausdruck*. / V. Hoddapp, P. Schwenkmezger — Bern: Huber, 1993.
362. Honig, A. Mania: clinical aspects, cause and treatment / A. Honig, H.M. van Praag // *Ned Tijdschr Geneeskd* — 1994 — Apr 30 — 138(18):89 — P. 4-8.
363. Horvath, T. Clinical application of sustained auditory evoked potentials. / T. Horvath, A. Pfefferbaum, W. Roth, J. Ford — *Prog Brain Res*, 1980 — 54:526-30.
364. Huband, N. Antiepileptics for aggression and associated impulsivity / N. Huband, M. Ferriter, R. Nathan, H. Jones // *Cochrane Database Syst Rev*. — 2010 — Feb 17 — (2):CD003499.
365. Iasevoli, F. Affective temperaments are associated with specific clusters of symptoms and psychopathology: a cross-sectional study on bipolar disorder

- inpatients in acute manic, mixed, or depressive relapse / F. Iasevoli et al. // *J Affect Disord* — 2013 — Nov — 151(2):5 — P.40-50.
366. Izard, C.E. Patterns of emotions: A new analysis of anxiety and depression. / C.E. Izard — New York: Academic Press, 1972.
367. James, T.A. Rotational behavior elicited by 5-HT in the rat: evidence for an inhibitory role of 5-HT in the substantia nigra and corpus callosum / T.A. James, M.S. Starr // *J. Pharm. Pharmacol* — 1980 — 32 — 3 — P.196-300.
368. Jausovec, N. Differences in induced gamma and upper alpha oscillations in the human brain related to verbal/performance and emotional intelligence. / N. Jausovec, K. Jausovec // *International Journal of Psychophysiology* — 2005 — Vol. 56 — P. 223-235.
369. Johansson, A.G. AKR1C4 gene variant associated with low euthymic serum progesterone and a history of mood irritability in males with bipolar disorder / A.G. Johansson, P. Nikamo, M. Schalling, M. Landén // *J Affect Disord* — 2011 — Sep — 133(1-2):3 — P.46-51.
370. Judd, L.L. Overt irritability/anger in unipolar major depressive episodes: past and current characteristics and implications for long-term course. / L.L. Judd et al. // *JAMA Psychiatry* — 2013 — Nov — 70(11):11 — P.71-80.
371. Judd, L.L. Prevalence and clinical significance of subsyndromal manic symptoms, including irritability and psychomotor agitation, during bipolar major depressive episodes / L.L. Judd et al. // *J AffectDisord* — 2012 — May — 138(3):440-8.
372. Kaas, J.H. Hierarchical, parallel, and serial arrangements of sensory cortical areas: connection patterns and functional aspects / J.H. Kaas, P.E. Garraghty // *Curr Opin Neurobiol* — 1991 — Aug — 1(2):2 — P. 48-51.
373. Kay, S.R. Profiles of aggression among psychiatric patients: 1. Nature and prevalence. 2. Covariates and predictors. / S.R. Kay, F. Wolkenfeld, L.M. Murrill // *J NervMent Dis.* — 1988 — 176.— P. 539-546

374. Keune, P.M. Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT), cognitive style, and the temporal dynamics of frontal EEG alpha asymmetry in recurrently depressed patients. / P.M. Keune, V. Bostanov, M. Hautzinger, B. Kotchoubey // *Biol Psychol* — 2011 — Dec — 88(2-3):2 — P.43-52.
375. Kleim, J.A. Principles of experience-dependent neural plasticity: implications for rehabilitation after brain damage / J.A. Kleim, T.A. Jones // *J Speech Lang Hear Res* — 2008 — 51(1) — P.225-239.
376. Klus, M. Assessment of the relationship of depressive disorders in men with lumbosacral pain syndrome / M. Klus, A. Florkowski, K. Zboralski, M. Macander // *Pol Merkur Lekarski* — 2013 — Oct — 35(208):210-3.
377. Knott, V.J. Neuroelectrical activity related to panic disorder / V.J. Knott // *Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry*. — 1990 — Vol. 14 — N 5. — P.697-707.
378. Knox, M. Aggressive behavior in clinically depressed adolescents. / M. Knox et al. // *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*. — 2000 — V. 39 — P.611-618.
379. Koenigsberg, H.W. The neural correlates of anomalous habituation to negative emotional pictures in borderline and avoidant personality disorder patients / H.W. Koenigsberg et al. // *Am J Psychiatry*. 1 2014 — Jan — 171(1) — P.82-90.
380. Kovács, Z. Psychopathological symptom dimensions in patients with gastrointestinal disorders / Z. Kovács, G. Seres, O. Kerékgyártó, P. Czobor // *Journal of clinical psychology in medical settings* — 2010 — 17 (4) — P.378-386
381. Kraepelin, E. *Clinical psychiatry: a textbook for students and physicians* / E. Kraepelin (edited and translated from 7th edition of Kraepelin's Textbook by A.R. Diefendot) — New York: Macmillan, 1904.
382. Lacey, J. Psychophysiological approaches to the evaluation of psychotherapeutic process and outcome. *Research in Psychotherapy*. / J. Lacey. In: E.A. Rubinstein

- and M.B. Parloff (Eds.) — Washington, D.C: American Psychological Association, 1959.
383. Lader, M. The psychophysiology of mental illness. / M. Lader — L., 1975 — 270p.
384. Laeger, I. Have we met before? Neural correlates of emotional learning in women with social phobia. / I. Laeger, I. Lader, C. Heitmann, V. Arolt, P. Zwanzger et al. // *J Psychiatry Neurosci* — 2014 — May — 39(3):E — P.14-23.
385. Levine, P.H. Epidemiologic advances in chronic fatigue syndrome / P.H. Levine // *J Psychiatr Res* — 1997 — Jan-Feb — 31(1) — P.7-18.
386. Levine, P.H. What follow-up studies say about postschool life for young men and women with learning disabilities: a critical look at the literature / P. Levine, S.W. Nourse // *J Learn Disabil* — 1998 — May-Jun — 31(3):2 — P.12-33.
387. Limberg, A. Emotional vulnerability in borderline personality disorder is cue specific and modulated by traumatization / A. Limberg, S. Barnow, H.J. Freyberger, A.O. Hamm // *Biol Psychiatry*. — 2011 — Mar — 15 — 69(6):5 — P.74-82.
388. Linehan, M.M. Olanzapine plus dialectical behavior therapy for women with high irritability who meet criteria for borderline personality disorder: a double-blind, placebo-controlled pilot study / M.M. Linehan et al. // *J Clin Psychiatry*. — 2008 — Jun — 69(6) — P.999-1005.
389. MacKeon J. Lifeevents and personality traits in obsessive-compulsive neurosis / J. MacKeon, B. Roa, A. Mann // *Brit. J. Psychiat* — 1984. — Vol. 144, № 2. — P. 185-189.
390. Maguen, S. Iraq and Afghanistan veterans with PTSD participate less in VA's weight loss program than those without PTSD / S. Maguen et al // *J Affect Disord*, 2016 — Mar 15 — 193:2 — P.89-94.

391. Malmö, R.B. Physiologic study of symptom mechanisms in psychiatric patients under stress. / R.B. Malmö, C. Shagass // *Psychosomatic Medicine* — 1949 — 11 — P.25—29.
392. Mann, A.H. The clinical relevance of psychometric testing / A.H. Mann // *Eur J Clin Pharmacol*, 1985 — 28 — Suppl:31-4.
393. Margerison, I.H. Electroencephalography. / Margerison I.H., St. John-Loe P., Binnie C.D. // In: P.H. Venables and I. Martin (Eds.), *A manual of psychophysiological methods*. New York: Wiley, 1967.
394. Masmoudi, J. Evaluation of affective temperaments in the postpartum depressive symptomatology / J. Masmoudi // *Encephale*. — 2010 — Jun — 36 Suppl2: D14-21.
395. Megargee, E.I. Undercontrolled and overcontrolled personality types in extreme anti-social aggression / E.I. Megargee — *Psychological monographs*, 1966 — V.80.
396. Monfils, M.H. In search of the motor engram: motor map plasticity as a mechanism for encoding motor experience. / M.H. Monfils, E.J. Plautz, J.A. Kleim // *Neuroscientist* — 2005 — Oct — 11(5):471-83. Review.
397. Moore, T.W. Depression: Influence of hopelessness, locus of control, hostility, and length of treatment / T.W. Moore, J.G. Paolillo // *Psychological Reports* — 1984 — vol. 54 — P.875-881.
398. Müller, M.M. Processing of affect pictures modulates right-hemispheric gamma band EEG activity / M.M. Müller, A. Keil, G. Gruber, T. Elbert // *Clin. Neurophys* — 1999 — V. 110 — P. 1913-1920.
399. Musante, L. Potential for hostility and dimensions of anger / L. Musante, J.M. MacDougall, T.M. Dembroski, P.T. Jr. Costa // *Health Psychol* — 1989 — 8(3):3 — P. 43-54.
400. Nierenberg, A.A. Cynicism, hostility, and suicidal ideation in depressed outpatients. / A.A. Nierenberg // *Nerv.Ment.Dis.* — 1996 — V. 184. — P.607-610



401. Nishiyama, A. Quetiapine reduces irritability and risk of suicide in patients with agitated depression. / A. Nishiyama, H. Matsumoto // *J ExpClin Med.* — Tokai, 2013 — Jul 20 — 38(2):93-6.
402. Nieto-Sampedro, M. Neural plasticity: changes with age. / M. Nieto-Sampedro, M. Nieto-Dias // *J. Neural. Transm.* — 2005 — 112:3–27.
403. Norte, C.E. They know their trauma by heart: an assessment of psychophysiological failure to recover in PTSD. / C.E. Norte et al. // *J Affect Disord.* — 2013 — Aug 15 — 150(1):1 — P.36-41.
404. Nurnberger, J. Genome-wide association study of irritable vs. elated mania suggests genetic differences between clinical subtypes of bipolar disorder. J. Nurnberger et al. // *PLoS One* — 2013 — 8(1):e53804. doi: 10.1371/journal.pone.0053804 — Epub: 2013 — Jan 10.
405. Ogiso, Y. Relationship between clinical symptoms and EEG findings in borderline personality disorder. / Y. Ogiso et al. // *Jpn J Psychiatry Neurol.* — 1993 — Mar — 47(1) — P.37-46.
406. Olweus, D. Personality and aggression / D. Olweus // *Nebraska symposium on motivation.* — 1972 — P. 261-321.
407. Ott, H. Anxiety- an approach to defining terms and formulating a methodological concept for measuring anxiety states within the framework of clinical trials with anxiolytic substances (author's transl). / H. Ott, W. Wagner // *Pharmakopsychiatr Neuropsychopharmakol* — German, 1978 — May — 11(3):103-12.
408. Painuly, N.P Antecedents, concomitants and consequences of anger attacks in depression. / N.P. Painuly, P. Sharan, S.K. Mattoo // *PsychiatryRes.* — 2007 — Sep 30 — 153(1):39-45. — Epub: 2007 — Jun 4.
409. Painuly, N.P. Prevalence of anger attacks in depressive and anxiety disorders: implications for their construct? / N.P. Painuly et al. // *PsychiatryClinNeurosci* — 2011 — Mar — 65(2):1 — P.65-74.

410. Parrott, D. Effects of nicotine deprivation and irritability on physical aggression in male smokers / D. Parrott, A. Zeichner // *Psychology of Addictive Behaviors* — 2001 — 15 — P.133–139 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11419229>
411. Paul, H.S. Recent Life Events, Social Adjustment, and Suicide Attempts in Patients with Major Depression and Borderline Personality Disorder / H.S. Paul, G.L. Kevin et al // *Journal of Personality Disorders* — 2000 — Vol. 14 — No. 4 — PP. 316-326.
412. Pedrelli, P. Correlates of irritability in college students with depressive symptoms / P. Pedrelli et al. // *J NervMent Dis.* — 2013 — Nov — 201(11):953-8.
413. Perlis, R.H. Association between bipolar spectrum features and treatment outcomes in outpatients with major depressive disorder / R.H. Perlis et al. // *Arch Gen Psychiatry* — 2011 — Apr — 68(4):3 — P.51-60.
414. Perlis, R.H. Prevalence and clinical correlates of irritability in major depressive disorder: a preliminary report from the Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression study / R.H. Perlis et al. // *J Clin Psychiatry.* — 2005 — Feb — 66(2):159-66 — quiz 147, 273-4.
415. Perugi, G. Clinical subtypes of severe bipolar mixed states. / G. Perugi et al. // *J Affect Disord.* — 2013 — Dec — 151(3):1076-82.
416. Radiel-Weiss, T. Pacing of behavioral and electroencephalographic events. / T. Radiel-Weiss, Z. Bohdanecký, P. Lánský // *Acta Neurobiol Exp (Wars)* — 1980 — 40(1):2 — P.P.27-38.
417. Ranchor, A.V. An exploration of the relation between hostility and disease / A.V. Ranchor et al. // *J Behav Med* — 1997 — Jun — 20(3):2 — P. 23-40.
418. Reynaud, E. Neuroticism modifies psychophysiological responses to fearful films. / E. Reynaud // *PLoS One.* — 2012 — 7(3):e32413. — doi: 10.1371/journal.pone.0032413. — Epub: 2012 — Mar 30.
419. Riley, W.T. Anger and hostility in depression / W.T. Riley, F.A. Treiber, M.G. Woods // *J Nerv Ment Dis* — 1989 — Nov — 177(11):6 — P. 68-74.

420. Roth, N. Electroresuscitation in the 18th century / N. Roth // *Med Instrum*, 1980 — Jan-Feb — 14(1):60
421. Roth, N. Life-and-death decisions: electrodiagnosis and premature burial / N. Roth // *Med Instrum*, 1980 — Nov-Dec — 14(6):322.
422. Sahl, J.C. Hostility, interpersonal competence, and daily dependent stress: A daily model of stress generation. / J.C. Sahl, L.H. Cohen, K.B. Dasch // *Cognitive Therapy and Research*. — 2009 — 33 — P.199–210 — doi: 10.1007/s10608-007-9175-5.]
423. Sato, T. Irritable psychomotor elation in depressed inpatients: a factor validation of mixed depression. / T. Sato, R. Bottlender, N. Kleindienst, H.J. Möller // *J Affect Disord* — 2005 — Feb — 84(2-3):1 — P.87-96.
424. Schill, T. Development of covert and overt hostility scales from the Buss-Durkee Inventory / T.Schill, N. Ramanaiah, S.R.Conn // *Psychol Rep*. — 1990 — Oct — 67(2):67 —P. 1-4.
425. Schless, A.P. Depression and hostility / A.P. Schless, J. Mendels, A. ipperman, C. Cochrane // *Journal of Nervous and Mental Disease* — 1974 — vol. 159 — P.91-100.
426. Seiffert, K. Psychophysiological reactivity under mental stress in atopic dermatitis. / K. Seiffert et al. // *Dermatology* — 2005 — 210(4):2 — P.86-93.
427. Selye, H. A syndrome produced by diverse nocuous agents. 1936. // H.A. Selye // *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* — 1998 — Spring — 10(2):230-1.
428. Shankman, S.A. A psychophysiological investigation of threat and reward sensitivity in individuals with panic disorder and/or major depressive disorder. / S.A. Shankman et al. // *J Abnorm Psychol* — 2013 — May — 122(2):3 — P.22-38.
429. Sheehan, D.V. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10 / D.V. Sheehan et al. / *J Clin Psychiatry* — 1998 — 59 Suppl 20:22-33 — quiz 34-57.

430. Silva, A.S. The relationship between personality traits and eating pathology in adolescent girls. / A.S. Silva // *Arch Womens Ment Health* — 2007 — 10(6):285-92; Epub — 2007 — Nov 26.
431. Simeon, D. Self-mutilation in personality disorders: psychological and biological correlates. / D. Simeon et al. // *Am J Psychiatry*. — 1992 — 149 — P.221 -226.
432. Snaith, R.P. Irritability. / R.P. Snaith, C.M. Taylor // *British J Psychiatry*. — 1985 — 147 — P.127-136.
433. Somjen, G.G. Evoked sustained potentials and oxidation of intramitochondrial cytochrome c in normal and in pathological states. / G.G. Somjen, M. Rosenthal // *Origin of cerebral field potentials. - Internet - Symposium, Muenster — Germany, Stuttgart* — 1979. — P. 164-174.
434. Stringaris, A. Adolescent irritability: phenotypic associations and genetic links with depressed mood. / A. Stringaris et al. // *Am J Psychiatry*. — 2012 — Jan — 169(1) — P.47-54.
435. Stringaris, A. Adult outcomes of youth irritability: a 20-year prospective community-based study. / A. Stringaris, P. Cohen, D.S. Pine, E. Leibenluft // *Am J Psychiatry* — 2009 — Sep — 166(9):10 — P.48-54.
436. Stringaris, A. The Affective Reactivity Index: a concise irritability scale for clinical and research settings / A. Stringaris // *J Child Psychol Psychiatry* — 2012 — Nov — 53(11) — P.1109–1117.
437. Sullivan P.F. Borderline personality disorder in major depression / P.F. Sullivan, P.R. Joyce, R.T. Mulder // *J Nerv Ment Dis*. — 1994. — № 9 (182). — P. 508-516.
438. Tedlow, J. Axis I and Axis II disorder comorbidity in unipolar depression with anger attacks / J. Tedlow et al // *J Affect Disord*, 1999 — Jan-Mar — 52(1-3):2 — 17-23.

439. Valiengo, L.L. Plasma cortisol in first episode drug-naïve mania: differential levels in euphoric versus irritable mood. / L.L. Valiengo et al. // *J Affect Disord.* — 2012 — Apr — 138(1-2):1 — P.49-52.
440. Van Praag, H.M. 5-HT-related, anxiety- and/or aggression-driven depression / H.M. van Praag // *Int Clin Psychopharmacol* — 1994 — Mar — 9 Suppl 1 — P.5-6.
441. Van Praag, H.M. Anxiety and increased aggression as pacemakers of depression / H.M. van Praag // *Acta Psychiatr Scand Suppl* — 1998 — 393:8 — P. 1-8.
442. Van Praag, H.M. Inflationary tendencies in judging the yield of depression research / H.M. van Praag // *Neuropsychobiology* — 1998 — 37(3):1 — P. 30-41.
443. Van Praag, H.M. The diagnosis of depression in disorder / H.M. van Praag // *Aust N Z J Psychiatry* — 1998 — Dec — 32(6):7 — P.67-72; discussion 773-7.
444. Vidal-Ribas, P. The Status of Irritability in Psychiatry: A Conceptual and Quantitative Review / P. Vidal-Ribas et al. // *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* — 2016 — Jul — 55(7) — P.556–570.
445. Vidal-Ribas, P. The Status of Irritability in Psychiatry: A Conceptual and Quantitative Review / P. Vidal-Ribas et al // *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2016 — Jul — 55(7):5 — P. 56-70 — doi: 10.1016/j.jaac.2016.04.014. — Epub 2016 May 6. Review.
446. Weissman, M.M. Clinical evaluation of hostility in depression / M.M. Weissman, G.L. Klerman // *American Journal of Psychiatry* — 1971 — vol.128 — P.261-266.
447. Weissman, M.M. Hostility and depression associated with suicide attempts / M.M. Weissman, K. Fox, G.L. Klerman // *American Journal of Psychiatry* — 1973 — vol.130 — P.450-455.
448. Wenger, M.A. Studies of autonomic balance: A summary. / M.A. Wenger — *Psychophysiology*, 1966 — 2 — P.173-186.

449. Winkler, D. Anger attacks in depression--evidence for a male depressive syndrome. / D. Winkler, E. Pjrek, S. Kasper // *Psychother Psychosom*, 2005 — 74(5):303-7.
450. Wistedt, B. The development of an observer-scale for measuring social dysfunction and aggression. / B. Wistedt et al // *Pharmacopsychiatry*. — 1990. Nov — 23(6) 2— P.49-52.
451. Wolfersdorf, M. Depression and aggression. A control group study on the aggression hypothesis in depressive disorders based on the Buss - Durkee Questionnaire. / M. Wolfersdorf, A. Kiefer // *Psychiatr. Prax.* — 1998. — V. 25. — P.240-245.
452. World Health Organization. Neuroplasticity and repair in the central nervous system. Implications for Health Care. — Geneva: WHO, 1983 — P. 56.
453. Yang, CC. Irritability following traumatic brain injury: divergent manifestations of annoyance and verbal aggression. / C.C. Yang, M.S. Hua, W.C. Lin, Y.H. Tsai, S.J. Huang // *Brain Inj* — 2012 — 26(10) — P.1185–1191.
454. Zboralski, K. Quality of life and emotional functioning in selected psychosomatic diseases. / K. Zboralski et al. // *Postepy Hig Med Dosw (Online)*. — 2008 Jan 25 — 62 — P.36-41.
455. Zung, W.W.K. A self-rating depression scale / W.W.K. Zung, N.C. Durham // *Arch Gen Psychiatry*. — 1965 — 12 — P.63-70.

## ПРИЛОЖЕНИЕ 1

**Опросник 1. КОРЭВ** (краткий опросник повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости).<sup>1</sup>

Выполнен в виде анкеты для само тестирования, заполняемой пациентом в присутствии врача, в которой ему предлагается оценить предположительно имеющиеся:

1. Чувство, что все надоедает, вызывает раздражение.
2. Раздражение, досада, злость (что-нибудь из перечисленного, либо все вместе) возникают в ситуациях, которые раньше оценивались, как малозначимые.
3. Яркий свет, громкий разговор, громкие звуки (что-нибудь из перечисленного, либо все вместе) мешают и вызывают раздражение.
4. Раздражение, злость либо смена настроения возникают по ничтожным поводам и приобретают почти постоянный характер.
5. Желание часто спорить, кричать, бросать вещи или ударить кого-нибудь.

Возможные варианты ответов: *отсутствует, возникает редко, возникает часто, постоянно присутствует* (кодируются от 1 до 4, соответственно), с последующим подсчетом суммы по всем 5 вопросам.

Получившийся итоговый показатель 5 баллов характеризует отсутствие проявлений повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости, раздражительности, 20 баллов – максимальную степень ее выраженности.

---

<sup>1</sup> - Практически является частью утвержденной МЗ СССР «Унифицированной системы оценки клинико-фармакологического действия психотропных препаратов у больных с пограничными нервно-психическими расстройствами» (Александровский Ю.А., Руденко Г.М., Незнамов Г.Г., 1984).

**Опросник 2. Формализованный опросник для регистрации клинических признаков повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости.**

Выполнен в виде формализованного клинического опросника, заполняемого исследователем в процессе осмотра пациента.

*Формальные признаки повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости.*

<b>Тяжесть (интенсивность) переживания</b>	<b>Легкая</b> Внутреннее напряжение: – беспокойство – недовольство – неприязнь	<b>Умеренная</b> Собственно раздражительность: – обида – досада – возмущение	<b>Тяжелая</b> Отвращение: – ненависть – враждебность – злоба – гнев – ярость
<b>Степень нарушения поведения</b>	<b>Легкая</b> Конфронтация Конфликт Противоборство Вспыльчивость	<b>Умеренная</b> Разрыв отношений Импульсивность Эксплозивность	<b>Тяжелая (брутальная)</b> Психомоторное возбуждение (с утратой контроля) Деструктивные действия Агрессия (гетеро, ауто)
<b>Продолжительность (реакции, состояния)</b>	<b>Короткая</b> (минуты)	<b>Средняя</b> (часы)	<b>Затяжная</b> (сутки и более)
<b>Частота эпизодов</b>	<b>Редкая</b> (низкая) (несколько раз в год)	<b>Средняя</b> (несколько раз в месяц)	<b>Высокая</b> (несколько раз в неделю, ежедневно, постоянно)
<b>Острота возникновения</b>	<b>Острая</b> (в течение минут) (внезапная, импульсивная)	<b>Подострая</b> (нарастание в течение часов)	<b>Пролонгированная</b> (постепенное нарастание в течение суток и более)
<b>Варианты редукции (самокупирования)</b>	<b>Критический «обрыв»</b> (в течение минут)	<b>Быстрое (умеренное) «затухание»</b> (в течение часов)	<b>Литический</b> (медленное постепенное «затухание») (в течение суток и более)
<b>Наличие и длительность латентного периода возникновения реакции на раздражитель</b>	<b>Отсутствие</b> (непосредственная реакция)	<b>Средняя длительность латентного периода</b> (часы)	<b>Длительный латентный период</b> (сутки и более) (отставленная реакция)
<b>Направленность реакций</b>	На других (гетеро)	На себя (ауто)	На других и себя

Клинические описания каждого из клинических признаков повышенной раздражительности и эмоциональной возбудимости позволяют выделить 3 степени их проявления по мере нарастания тяжести.



**ПРИЛОЖЕНИЕ 2.***Индивидуальная карта исследования № \_\_\_\_\_*

Фамилия \_\_\_\_\_

Имя \_\_\_\_\_

Отчество \_\_\_\_\_

Год рождения \_\_\_\_\_

Домашний адрес \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ тел: \_\_\_\_\_

Место работы/учебы \_\_\_\_\_

Должность \_\_\_\_\_

Лечебное учреждение \_\_\_\_\_

№ отделения \_\_\_\_\_

№ истории б-ни /амб. карты \_\_\_\_\_

Дата поступления /обращения \_\_\_\_\_

Дата выписки \_\_\_\_\_

Код диагноза по МКБ-10 \_\_\_\_\_

Дата заполнения карты \_\_\_\_\_

**1. Общие сведения**

1.1.	Пол	Муж	1
		Жен	2
1.2.	Возраст	14 – 19	1
		20 – 29	2
		30 – 39	3
		40 – 49	4
		50 – 59	5
		60 – 69	6
		70 и старше	7
1.3.	Образование	Без образования	1
		Начальное / неполное среднее	2
		Среднее (11 кл.)	3
		Среднее специальное	4
		Незакончен. высшее	5
		Высшее	6
1.4.	Социальное положение, профессиональная занятость	Без определенных занятий	1
		Имеет статус безработного	2
		Домохозяйка	3
		Пенсионер по возрасту (не работает)	4
		Инвалид (не работает)	5
		Учащийся/студент	6
		Неквалифицированный рабочий	7
		Квалифицированный рабочий	8
		Сельхозработник	9
		Фермер	10
		Военнослужащий	11
		Служащий, ИТР, гос. сектора	12
		Служащий частного сектора	13
		Предприниматель (мелкий и средний бизнес)	14
		Бизнесмен (крупный бизнес)	15
		Деятель науки, культуры	16
		Прочие	17
1.5.	Наличие инвалидности по психическому заболеванию	Нет	1
		Инвалид 3 гр.	2
		Инвалид 2гр.	3
		Инвалид 1гр.	4
1.6.	Наличие инвалидности по общему (соматическому) заболеванию	Нет	1
		Инвалид 3 гр.	2
		Инвалид 2гр.	3
		Инвалид 1гр.	4
1.7.	Семейное положение	В браке не состоял(а)	1
		Разведен (а)	2
		Вдов (а)	3
		Состоит в первичном браке	4
		Состоит в повторном браке	5
		Состоит в незарегистрированном (гражданском) браке	6

1.8.	Наличие детей	Нет	1
		Один	2
		Двое и более	3
1.9.	Наличие родителей	Нет	1
		Одна мать	2
		Один отец	3
		Оба родителя живы	4
		Мачеха (и отец)	5
		Отчим (и мать)	6
1.10.	Проживание в семье	Одинокий	1
		Проживает отдельно от семьи	2
		Проживает с семьей	3
1.11.	Жилищные условия	Без места жительства	1
		Аренда жилья	2
		Общежитие/интернат	3
		Коммунальная квартира	4
		Отдельное жилье/дом	5
1.12.	Материальное положение (оценка дохода)	Крайне низкое	1
		Низкое	2
		Среднее	3
		Высокое	4
1.13.	Взаимоотношения с родственниками	Родственников не имеет	1
		Формальные, нейтральные	2
		Враждебные, конфликтные	3
		Доброжелательные	4
		Смешанные, неровные	5
1.14.	Досуг	Бесцельный, пассивный	1
		Асоциальное время проведение	2
		Занят значимым для себя делом/хобби	3
		Социально-активная деятельность	4
1.15.	Отношение к религии	Не верующий	1
		Соблюдение религиозных отпращиваний	2
		Верующий «в душе»	3
		Обращение к религии только в критических ситуациях	4
		Фанатическая приверженность	5
1.16.	Сведения о судимости	Не был судим	1
		Имел одну судимость	2
		Имел две и более судимости	3
		Нет сведений	4
1.17.	Сведения о суицидальных попытках	Суицидальных попыток не совершал	1
		В прошлом - одна суицидальная попытка	2
		В прошлом – две попытки и более	3
		Нет сведений	4
1.18.	Обращения за наркологической помощью	Не обращался	1
		Лечился только амбулаторно	2
		Лечился стационарно	3
		Нет сведений	4

1.19.	Получение амбулаторной психиатрической помощи до настоящего обращения	Ранее к психиатрам не обращался	1
		Обращался к психиатру в частном порядке	2
		Обращался в психиатрич. /психотерапевтич. кабинет поликлиники (другого медицинского учреждения)	3
		Обращался в ПНД	4
		Обращался только к психологу	5
		Другие формы помощи	6
1.20.	Сведения о диспансерном наблюдении в ПНД	Под наблюдением ПНД не состоял /не состоит	1
		Состоял /состоит под диспансерным наблюдением	2
		Нет сведений	3
1.21.	Предыдущие госпитализации в психиатрический стационар (любой)	Ранее в ПБ не госпитализировался	1
		Госпитализировался 1 раз	2
		2 раза	3
		3 и более раз	4
		* - указать дату и место последней госпитализации	
1.22.	Предыдущие госпитализации в данный стационар	Ранее в данный стационар не госпитализировался	1
		Госпитализировался 1 раз	2
		2 раза	3
		3 и более раз	4
		* - указать дату и место последней госпитализации	
1.23.	В настоящее время в данном учреждении получает психиатрическую помощь:	Амбулаторно	1
		В стационаре	2
		В дневном стационаре	3
1.24.	Кто направил в данное учреждение	Психиатр ПНД	1
		Психиатр /психотерапевт /консультант поликлиники (другого общесоматического учреждения)	2
		Частнопрактикующий психиатр /психотерапевт	3
		Психиатр КДО ПБ №12	4
		Другое подразделение ГНЦСиСП им.В.П. Сербского (включая отделение реабилитации)	5
		Другой НИИ (каф. ВУЗа) психиатрического профиля	6
		Другое психиатрическое учреждение	7
		Наркологическое учреждение	8
		Врач другой специальности (не психиатр) общесоматической сети	9
		Обратился без направления (самостоятельно)	10
		Другие пути	11

## 2. Анамнестические сведения

2.1.	Психические заболевания у родственников	Нет (не было)	1
		Шизофрения	2
		Аффективные психозы	3
		Эпилепсия	4
		Сенильные и пресенильные расстройства	5
		Неврозы, психопатии, реактивные состояния	6
		Алкоголизм, наркомания	7
		Олигофрения	8
		Прочие	9
		Нет сведений	10
2.2.	Суицидальное поведение у родственников	Нет (не было)	1
		Есть (было)	2
		Нет сведений	3
2.3.	Пре- пери- и постнатальные вредности	Нет (не было)	1
		Есть (были)	2
		Нет сведений	3
2.4.	Кем воспитывался в детстве и юности	Матерью и отцом	1
		Только матерью	2
		Только отцом	3
		Родственниками	4
		Приемными родителями	5
		В детском доме	6
2.5.	Преобладающие тенденции воспитания	Требовательность, строгость	1
		Гиперопека	2
		Бесконтрольность	3
		Безразличие, формализм	4
		По типу «кумир семьи»	5
		Антагонистические тенденции	6
		Рациональный подход	7
2.6.	Увлечения, склонности в детстве	Нет	1
		Спорт,	2
		Литература	3
		Искусство (театр, живопись, музыка, танцы)	4
		Техника	5
		Компьютерные игры	6
		Коллекционирование	7
		Другое	8
2.7.	Успеваемость в школе	Плохая	1
		«на тройки-четверки»	2
		«четверки - пятерки»	3
		Отличная	4

2.8.	Перенесенные экзогенные вредности в детском и подростковом возрасте (до 18 лет)	Нет (не было)	1
		ЧМТ легкие, средние	2
		ЧМТ тяжелые	3
		Нейроинфекции, интоксикации	4
		Соматические, неврологические заболевания, физические травмы, операции	5
		Нет сведений	6
2.9.	Нарушения психического развития в детском возрасте (F 8)	Нет (не было)	1
		Специфические расстройства развития (речи, школьных навыков и др.)	2
		Общие расстройства развития (аутизм)	3
		Задержка интеллектуального развития	4
		Другие	5
		Нет сведений	6
2.10.	Психические расстройства в детском и подростковом возрасте (до 18 лет) (одно или несколько)	Нет (не было)	1
		Нервная анорексия/ булимия	2
		Психогенная рвота	3
		Бессонница /гиперсомния	4
		Снохождение	5
		Кошмары /ужасы во время сна	6
		Гиперкинетические расстройства	7
		Тикозные расстройства	8
		Энурез /энкопрез	9
		Заикание	10
		Тревожно-фобические расстройства («страхи», дисморфофобии)	11
		Обсессивно-компульсивные расстройства	12
		Диссоциативные /конверсионные расстройства	13
		Соматоформные расстройства	14
		Реакции на стресс /ПТСР / нарушения адаптации	15
		Депрессивные расстройства	16
		Астенический синдром	17
		Психоорганический синдром	18
		Головные боли, головокружения, обмороки	19
		Пароксизмальные расстройства (припадки)	20
		Психотические расстройства (галлюцинации, бред, кататонические и др.)	21
		Умственная отсталость	22
		Нет сведений	23

2.11.	Нарушения поведения в детском и подростковом возрасте (до 18 лет) (одно или несколько)	Нет (не было) Реакции оппозиции (без агрессии) Побег из дома Пропуски школы Бродяжничество Курение Алкоголизация Наркотизация Ранний секс Воровство Поджоги Другие правонарушения Агрессивное поведение Самоповреждения, суицидальные попытки Другие нарушения поведения Нет сведений	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16
2.12.	Преморбидные особенности личности	Без особенностей Акцентуация личностных черт Расстройство личности (психопатия): <ul style="list-style-type: none"> <li>• Параноидное</li> <li>• Шизоидное</li> <li>• Диссоциальное</li> <li>• Эмоционально-неустойчивое:             <ul style="list-style-type: none"> <li>– импульсивный тип</li> <li>– пограничный тип</li> </ul> </li> <li>• Истерическое</li> <li>• Ананкастное</li> <li>• Тревожное (уклоняющееся)</li> <li>• Зависимое (астеническое)</li> <li>• Гипотимное, циклоидное</li> <li>• Смешанное (мозаичное)</li> <li>• Другое</li> </ul> Расстройство половой идентификации, предпочтения, ориентации (Указать какое)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15
2.13.	Перенесенные экзогенные вредности во взрослом возрасте (после 18 лет) до начала настоящего психического расстройства	Нет (не было) ЧМТ легкие, средние ЧМТ тяжелые Нейроинфекции, интоксикации Соматические, неврологические заболевания, физические травмы, операции (Указать какие, в каком возрасте)	1 2 3 4 5

### 3. Клиническая оценка состояния здоровья

3.1.	Возраст к началу данного психического расстройства	До 14 лет	1
		14 – 19	2
		20 – 29	3
		30 – 39	4
		40 – 49	5
		50 – 59	6
		60 – 69	7
		70 и старше	8
		Не установлено	9
3.2.	Длительность данного психического расстройства (на момент обследования)	До 1 месяца	1
		1-3 месяца	2
		3-6 месяцев	3
		6 месяцев – 1 год	4
		1-2 года	5
		2-5 лет	6
		5-10 лет	7
		более 10 лет	8
		Не установлено	9
3.3.	Психическое состояние (ведущий психопатологический синдром)	Психических расстройств не выявлено	1
		Астенический (гипостенический)	2
		Раздражительной слабости	3
		Цефалгия	4
		Диссомния	5
		Парасомния («кошмары, ужасы»)	6
		Пищевая дисфункция (анорексия и др.)	7
		Половая дисфункция	8
		Тревожный с-м (генерализованный, панический)	9
		Тревожно-фобический, фобический	10
		Обсессивно-фобический	11
		Обсессивно-компульсивный	12
		Диссоциативный (конверсионный):	
		– расстройства чувствительности, моторики	13
		– истерические припадки	14
		– психотические расстройства (пуэрилизм, псевдодеменция, спутанность, истерический психоз, фуга, транс, амнезия, ступор и др.)	15
		Соматоформный недифференцированный синдром	16
		Соматоформная вегетативная дисфункция	17
		<del>Тревожно-фобическая ипохондрия (нозофобия)</del>	18
		Дисморфофобия	19
		Сверхценная ипохондрия	20
		Сенестоипохондрический	21
		Бредовая ипохондрия (дисморфомания)	22
		Эмоциональная лабильность	23
		Дисфория	24
Апатия	25		



		Эйфория, мания	26
		Депрессия витальная (тоскливая)	27
		Депрессия астеническая	28
		Депрессия апатическая, адинамическая	29
		Депрессия анестетическая	30
		Депрессия тревожная	31
		Депрессия ипохондрическая	32
		Депрессия психогенного типа /истерическая	33
		Депрессия соматизированная, маскированная	34
		Депрессия дистимическая	35
		Смешанный аффективный синдром	36
		Альтернирующий аффект	37
		Деперсонализационно-дереализационный синдром	38
		Психопатический (психопатопоподобный):	
		– параноический тип	39
		– шизоидный тип	40
		– возбудимый тип	41
		– эпилептоидный тип	42
		– пограничный тип	43
		– диссоциальный тип	44
		– истерический тип	45
		– ананкастный тип	46
		– тревожный (избегающий) тип	47
		– зависимый (астенический) тип	48
		– инфантильный тип	49
		– мозаичный тип	50
		Шизотипический с-м	51
		Парафилия	52
		Дефицитарные (негативные) личностные расстройства, регресс, деградация личности	53
		Судорожный /Эпилептиформный синдром	54
		Когнитивные расстройства	55
		Психоорганический синдром	56
		Амнестический синдром	57
		Деменция	58
		Олигофрения	59
		Психотическое расстройство	60
		Другие	61
3.4.	Степень выраженности (тяжести) ведущего синдрома	Психических расстройств нет	1
		Слабая (легкая)	2
		Умеренная (средняя)	3
		Глубокая (тяжелая)	4
3.5.	Наличие суицидальных тенденций (в течение последнего месяца)	Нет (не было)	1
		Антивитальные переживания	2
		Пассивные суицидальные мысли	3
		Суицидальные намерения, замыслы	4
		Демонстративные суицидальные высказывания, угрозы	5

		Диссимуляция (сокрытие) суицидальных переживаний	6
3.6.	Динамика суицидальных тенденций (в течение последнего месяца)	Суицидальных тенденций нет (не было) Постоянная глубина Наращение Уменьшение Колебания глубины Не установлено	1 2 3 4 5 6
3.7.	Тип постсуицида (при совершении попытки в течение последних 3 мес.)	Попытки в этот период не было Постсуицид: • критический • манипулятивный • аналитический (проблемный) • фиксированный Отрицание (сокрытие) попытки Не установлено	1 2 3 4 5 6 7
3.8.	Диагноз основного психического расстройства – МКБ-10 (Вписать диагноз - код по МКБ-10)	F 0. Органическое непсихотическое расстройство Органический психоз /слабоумие Эпилепсия F 1. Алкоголизм Нарко(токсико)мания F 2. Шизофрения (психотическая форма) Шизотипическое расстройство (шизофрения вялотекущая) Хроническое бредовое расстройство Острое и транзиторное психотическое р-во (в т.ч. реактивный психоз) F 3. Аффективный психоз (биполярный, рекуррентный) Аффективное непсихотическое расстройство (биполярное, рекуррентное) Реактивная депрессия Дистимия Циклотимия и др. аффективные расстройства F 4. Тревожно-фобическое расстройство Другое тревожное расстройство (генерализованное, паническое, смешанное) Обсессивно-компульсивное расстройство Острая реакция на стресс Посттравматическое стрессовое расстройство Расстройство адаптации Диссоциативное расстройство Соматоформное недифференцированное р-во Ипохондрическое расстройство Соматоформная вегетативная дисфункция Хроническое болевое соматоформное р-во Неврастения Другое невротическое расстройство F 5. Расстройство приема пищи (анорексия, булимия, рвота) Расстройства сна	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26

		Половая дисфункция F 6. Расстройство личности (психопатия) Хроническое изменение личности после перенесенных стрессов Расстройство половой идентификации, предпочтения, ориентации Рентное, симулятивное расстройство F 7. Умственная отсталость Практически здоров Диагноз не уточнен	27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37
3.9.	Диагноз осложняющего (сопутствующего) психического расстройства (исключая алкоголизм и наркомании)	Нет Органическое поражение ЦНС, «органическая почва», соматогения Шизотипическое расстройство Аффективное расстройство Невротическое, соматоформное расстройство Расстройство личности Сексуальное расстройство Умственная отсталость Другое	1 2 3 4 5 6 7 8 9
3.10.	Злоупотребление психоактивными веществами как осложняющее (сопутствующее) расстройство	Нет Алкоголизм, алкоголизация Наркомания, токсикомания, эпизодическая наркотизация Сочетание алкоголизма с нарко(токсико)манией	1 2 3 4
3.11.	Физические недостатки, уродства, дефекты, увечья (указать дефект)	Нет Общий недостаток развития, роста Дефекты в области: – лица, головы – глаз – шеи, туловища, позвоночника – наружных половых органов – рук – ног – внутренних органов Сочетание	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
3.12.	Характер и давность физического недостатка, уродства, дефекта (на момент обследования)	Дефекта нет Приобретенный, давностью до 1 года 1-2 года 2-5 лет 5-10 лет более 10 лет Врожденный Не установлено	1 2 3 4 5 6 7 8
3.13.	Соматическое состояние на момент	Патологии не выявлено Заболевания:	1

	обследования (отметить ведущую патологию или сочетание)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• кожи и слизистых</li> <li>• костей и суставов</li> <li>• сердечно-сосудистой системы</li> <li>• органов дыхания</li> <li>• органов пищеварения</li> <li>• печени и желчных путей</li> <li>• почек и мочевыводящих путей</li> <li>• системы крови</li> <li>• эндокринных желез (в т.ч. диабет)</li> <li>• обмена (в т.ч. недостаточность питания, витаминов)</li> <li>• уха, горла, носа</li> <li>• зубов, полости рта</li> <li>• органов зрения</li> <li>• гинекологические</li> <li>• мужской половой системы</li> <li>• хирургическое</li> <li>• травматологическое, ортопедическое</li> <li>• инфекционное</li> <li>• паразитарное</li> <li>• венерическое</li> <li>• туберкулез</li> <li>• онкологическое (любое)</li> </ul> <p>Другое</p>	2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24
3.14.	Степень выраженности соматической патологии	Соматической патологии нет Легкая Средняя Тяжелая	1 2 3 4
3.15.	Течение (стадия) основного соматического заболевания	Соматических заболеваний нет Острое Хроническое в стадии обострения Хроническое вне обострения Резидуальное состояние (в т.ч. после операции)	1 2 3 4 5
3.16.	Длительность основного соматического заболевания (на момент обследования)	Соматических заболеваний нет До 1 года 1-2 год 2-5 лет 5-10 лет более 10 лет В течение всей жизни Не установлено	1 2 3 4 5 6 7 8
3.17.	Неврологическое состояние (отметить ведущую патологию или сочетание) (Данные лаб. исследований (ЭЭГ, РЭГ, КТ и др.) (Вписать диагноз неврологического	Патологии не выявлено Патология черепно-мозговых нервов: – каудальная группа (IX, XI, XII) – группа мосто-мозжечкового узла (V, VII, VIII) – группа глазодвигательных нервов (III, IV, VI) – зрительные нервы – обонятельные нервы Двигательные расстройства	1 2 3 4 5 6

	расстройства)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– центральный паралич /парез</li> <li>– периферический</li> <li>– несколько корешков и нервов</li> <li>– экстрапирамидные</li> <li>– поражение мозжечка</li> <li>Расстройства чувствительности</li> <li>Патологические рефлексы</li> <li>Дорсопатия</li> <li>Синдром повышенного внутричерепного давления</li> <li>Вегетативные расстройства: <ul style="list-style-type: none"> <li>– симпато-адреналовые</li> <li>– вагоинсулярные</li> </ul> </li> <li>Другие</li> </ul>	7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18
3.18.	Степень выраженности неврологического расстройства	Неврологической патологии нет Легкая Средняя Тяжелая	1 2 3 4
3.19.	Течение (стадия) основного неврологического заболевания	Неврологических заболеваний нет Острое Хроническое в стадии обострения Хроническое вне обострения Резидуальное состояние Не установлено	1 2 3 4 5 6
3.20.	Длительность основного неврологического заболевания (на момент обследования)	Неврологических заболеваний нет До 1 года 1-2 года 2-5 лет 5-10 лет более 10 лет В течение всей жизни Не установлено	1 2 3 4 5 6 7 8

**4. Психологическая оценка настоящего стрессового события (психогении, психотравмы, конфликта, проблемы)**

4.1.	Характер возникновения стрессового события	Внезапный Острый Пролонгированный Не установлено	1 2 3 4
4.2.	Длительность актуального конфликта/травмы	Несколько часов До суток До 1 недели До 1 месяца До ½ года До 1 года Более 1 года Не установлено	1 2 3 4 5 6 7 8
4.3.	Субъективная оценка тяжести события	Крайне тяжелое (непереносимое) Тяжелое Средней тяжести Не установлено	1 2 3 4
4.4.	Динамика конфликта	Локализованный Генерализация Трансформация (вторичный) Перенос (смещение) Не установлено	1 2 3 4 5
4.5.	Реальность конфликта (события)	Реальный Условно (относительно) реальный Обусловленный патологическими переживаниями Не установлено	1 2 3 4
4.6.	Локализация конфликта	Внешний Внутренний Смешанный Не установлено	1 2 3 4
4.7.	Сфера конфликта (отметить главную или сочетание)	Витальная (здоровье) Личная Интимная/сексуальная Семейная Профессиональная (учебная) Коммунально-бытовая Материальная Административно-правовая Морально-этическая Общественно-политическая Религиозная Абстрактная Фантастическая Не установлено	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14
4.8.	Свершенность события (вероятность)	Событие свершилось Угрожаемое (высокая вероятность)	1 2

		Потенциальная вероятность свершения в будущем	3
4.9.	Содержание главного текущего или недавнего конфликта или психотравмирующей ситуации ( <b>одно или несколько</b> )	Соматическое заболевание, физическое страдание, операция, медицинское вмешательство	1
		Инвалидность	2
		Физический недостаток, увечье, уродство, телесное повреждение	3
		Ятрогения	4
		Смерть близкого человека	5
		Болезнь членов семьи, близких	6
		Конфликт с супругом	7
		Ревность, измена (супруга, партнера)	8
		Развод (фактический разрыв супружеских отношений)	9
		Конфликт в семье с детьми, родителями, другими родственниками	10
		Сексуальные проблемы	11
		Беременность (аборт)	12
		Разрыв партнерских отношений	13
		Неразделенная любовь	14
		Невозможность найти работу / поступить в учебное заведение	15
		Напряженная работа / учеба	16
		Конфликт на работе / в учебном заведении	17
		Потеря работы / отчисление из учебного заведения	18
		Угроза увольнения / отчисления	19
		Уход на пенсию	20
		Изменение служебного положения (ответственности)	21
		Потеря социального статуса, престижа	22
		Несостоятельность в какой-либо сфере, неудача	23
		Материальное неблагополучие (изменение финансового положения, наличие долгов)	24
		Потеря имущества (жилья, денег, другой материальный ущерб)	25
		Изменение привычного образа жизни, места жительства, бытовых условий	26
		Судебная, административная, дисциплинарная ответственность	27
		Неблаговидный поступок, поведение (собственное)	28
		Недоброжелательное отношение окружающих	29
		Угроза жизни, безопасности не связанная с болезнью	30
		Неопределенная угроза	31
		Насилие (нападение)	32
		Несчастный случай, авария, катастрофа	33
		Преследование	34
		Изгнание	35
		Одиночество, социальная изоляция	36
		Разлука	37
		Страдания и несчастья других	38
		Неудовлетворенность поведением или личными качествами значимых близких	39
		Другие	40

4.10.	Субъективное значение данного события (ситуации) (указать одно или несколько)	Унижение, оскорбление, отвержение, злонамеренность, враждебность со стороны других	1
		Необоснованные претензии, требования со стороны других	2
		Обвинение, осуждение со стороны других	3
		Предательство, измена, неверность, ложь, обман	4
		Ограничение свободы, независимости, нарушение прав	5
		Препятствие к достижению желаемого (актуальной потребности)	6
		Невнимание, непонимание, игнорирование со стороны окружающих	7
		Разочарование, не оправдавшееся ожидание	8
		Утрата, потеря близких	9
		Разрыв высоко значимых отношений	10
		Угроза собственной жизни, здоровью, безопасности	11
		Угроза жизни, здоровью, безопасности других	12
		Угроза благополучию	13
		Несостоятельность, неуспех, провал	14
		Невезение, проигрыш	15
		Непоправимая ошибка, неверный шаг	16
		Уязвленное самолюбие, гордость	17
		Социальная несправедливость, незащищенность	18
		Утрата духовных ценностей, интересов, смысла жизни	19
		Утрата самооценки, самопрятия, самоуважения	20
		Другое	21
4.11.	Эмоционально-ценностное переживание события (ситуации) (указать одно или несколько)	Раздражение, недовольство	1
		Возмущение, отвращение, ненависть, злоба, гнев, агрессия	2
		Настороженность, недоверие, подозрение	3
		Презрение	4
		Зависть	5
		Отчаяние, безнадежность	6
		Печаль, грусть, тоска, пессимизм	7
		Чувство одиночества, покинутости	8
		Обида, унижение, жалость (к себе)	9
		Сострадание (к другим)	10
		Стыд, раскаяние, вина	11
		Сожаление	12
		Растерянность, беспомощность	13
		Беззащитность	14
		Тревога, страх, испуг, боязнь	15
		Покорность	16
		Усталость, бессилие, измученность	17
		Отрешенность, безразличие, равнодушие, опустошенность, скука	18
		Самоирония	19
		Воодушевление	20
		Самодовольство	21
		Другое	22



4.12.	Позиция личности по отношению к событию (данной ситуации)	<b><u>Протест</u></b> (оппозиция, месть, борьба, сопротивление)	1
		<b><u>Преодоление</u></b> (поиск решения)	2
		<b><u>Призыв</u></b> (о помощи, поддержке со стороны других, защите, сочувствии)	3
		<b><u>Избегание</u></b> (страдания, неудачи, трудностей, ответственности, наказания)	4
		<b><u>Самоотстранение</u></b> (индифферентность, нейтралитет, невмешательство)	5
		<b><u>Самообвинение</u></b> (самоупреки, самоунижение, самонаказание)	6
		<b><u>Самопожертвование</u></b>	7
		<b><u>Отказ</u></b> (поражение, капитуляция)	8
		<b><u>Принятие</u></b> (смирение, терпение)	9
		<b><u>Отрицание</u></b> (проблем, конфликтов)	10
		<b><u>Самолюбование</u></b> (самовосхваление, «геройство», бахвальство)	11
		Другое	12
4.13.	Общая оценка социальных ресурсов пациента (возможностей социальной поддержки)	Нет ресурсов	1
		Слабые	2
		Хорошие	3
		Сильные (значительные)	4
4.14.	Источники социальной поддержки (главная сфера соц. Ресурсов или сочетание)	Нет	1
		Семья	2
		Друзья, близкие	3
		Работа, сотрудники	4
		Официальные органы	5
		Общественные организации	6
		Собственные материальные ресурсы	7
		Другое*(Указать)	8
4.15.	Отношение окружающих (родных и близких) к пациенту в данной ситуации	Положительное (сочувствие, одобрение, поддержка)	1
		Отрицательное (осуждение, отвержение)	2
		Нейтральное (безразличие, игнорирование)	3
		Антагонистическое («за» и «против»)	4
		Не установлено	5

## 5. Стрессовые события жизни

№	Год	Возраст	Событие (описать кратко)	Психическая реакция
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				

*Регистрационный лист к индивидуальной карте №***Часть 1. Общие сведения**

1.1.	1 2
1.2.	1 2 3 4 5 6 7
1.3.	1 2 3 4 5 6
1.4.	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17
1.5.	1 2 3 4
1.6.	1 2 3 4
1.7.	1 2 3 4 5 6
1.8.	1 2 3
1.9.	1 2 3 4 5 6
1.10.	1 2 3
1.11.	1 2 3 4 5
1.12.	1 2 3 4
1.13.	1 2 3 4 5
1.14.	1 2 3 4
1.15.	1 2 3 4 5
1.16.	1 2 3 4
1.17.	1 2 3 4 * _____
1.18.	1 2 3 4
1.19.	1 2 3 4 5 6 * _____
1.20.	1 2 3
1.21.	1 2 3 4 * _____
1.22.	1 2 3 4 * _____
1.23.	1 2 3
1.24.	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11

**Часть 2. Анамнестические сведения**

2.1.	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
2.2.	1 2 3
2.3.	1 2 3
2.4.	1 2 3 4 5 6
2.5.	1 2 3 4 5 6 7
2.6.	1 2 3 4 5 6 7 8
2.7.	1 2 3 4
2.8.	1 2 3 4 5 6 * _____
2.9.	1 2 3 4 5 6
2.10.	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23
2.11.	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16
2.12.	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 * _____
2.13.	1 2 3 4 5 * _____

**Часть 3. Клиническая оценка состояния здоровья**

3.1.	1 2 3 4 5 6 7 8 9
3.2.	1 2 3 4 5 6 7 8 9
3.3.	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61
3.4.	1 2 3 4
3.5.	1 2 3 4 5 6
3.6.	1 2 3 4 5 6
3.7.	1 2 3 4 5 6 7
3.8.	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 * _____
3.9.	1 2 3 4 5 6 7 8 9
3.10.	1 2 3 4
3.11.	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 * _____
3.12.	1 2 3 4 5 6 7 8
3.13.	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 * _____
3.14.	1 2 3 4
3.15.	1 2 3 4 5
3.16.	1 2 3 4 5 6 7 8
3.17.	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 * _____ ** _____ *** _____
3.18.	1 2 3 4
3.19.	1 2 3 4 5 6
3.20.	1 2 3 4 5 6 7 8

**Часть 4. Психологическая оценка настоящего стрессового события  
(психогении, психотравмы, конфликта, проблемы)**

4.1.	1 2 3 4
4.2.	1 2 3 4 5 6 7 8
4.3.	1 2 3 4
4.4.	1 2 3 4 5
4.5.	1 2 3 4
4.6.	1 2 3 4
4.7.	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14
4.8.	1 2 3
4.9.	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 * _____
4.10.	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 21 22 23 24 * _____
4.11.	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 * _____
4.12.	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12
4.13.	1 2 3 4
4.14.	1 2 3 4 5 6 7 8 * _____
4.15.	1 2 3 4 5