

## О НЕКОТОРЫХ МЕТОДИЧЕСКИХ ПОДХОДАХ К ОЦЕНКЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ ВОЗБУДИМОСТИ В ПРОЦЕССЕ ФАРМАКОТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С ПОГРАНИЧНЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

И.О. Хруленко-Варницкий

ФГУ "Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии  
им. В.П. Сербского" Минздравсоцразвития России, Москва

Современная оценка эффективности психофармакотерапии строится с обязательным использованием клинко-диагностических шкал. Особенно это касается квалификации эмоционального состояния больных, оценка которого нередко строится на субъективной основе. Это напрямую относится к проявлениям эмоциональной возбудимости, часто наблюдаемым в клинической картине пограничных психических расстройств (ППР), важность адекватной оценки которых в процессе фармакотерапии не подлежит сомнению. Феноменологический ряд состояний с эмоциональной возбудимостью примыкает к границам некриминальной и криминальной агрессии, что предопределяет применение для ее оценки методик измерения различных проявлений агрессии. Сравнительный анализ наиболее признанных из них позволил увидеть ряд недостатков. Для оценки эмоциональной возбудимости у больных ППР в клинической практике в процессе фармакотерапии, а также для решения исследовательских задач может эффективно применяться разработанный и апробированный в настоящем исследовании краткий опросник для выявления эмоциональной возбудимости (КОЭВ), в частности для отбора пациентов с наиболее типичными и выраженными проявлениями эмоциональной возбудимости на скрининговом этапе работы и оценки динамики проявлений эмоциональной возбудимости в процессе фармакотерапии на последующих стадиях исследования.

**Ключевые слова:** эмоциональная возбудимость, пограничные психические расстройства, методики оценки различных проявлений агрессии либо фрустрационной толерантности

*The current assessment of the effectiveness of pharmacotherapy is based on application of clinicodiagnostic scales. This is especially true for classification of emotional state of patients whose assessment is often based on a subjective basis. This directly relates to the manifestation of emotional excitability, often observed in the clinical picture of borderline mental disorders (BPD); the importance of their adequate evaluation during pharmacotherapy is above exception. Phenomenological number of conditions with emotional excitability is adjacent to the boundaries of non-criminal and criminal aggression that determines the application of methods of measurement of various manifestations of aggression for evaluation. Comparative analysis of the most recognized of them allowed to see a number of shortcomings. For the purpose of assessment of emotional excitability during pharmacotherapy in patients with BPD in clinical practice, as well as for research, brief questionnaire to identify the emotional excitability (BQEE), which was developed and tested in the present study, can be effectively applied, in particular, for the selection of patients with the most common and severe manifestations of emotional excitability at the screening stage of research and for assessment of the dynamics of the manifestations of emotional excitability during drug therapy at later stages of the study.*

**Key words:** emotional excitability, borderline mental disorders, methods of evaluation of the various manifestations of aggression or frustration tolerance

Современная оценка эффективности психофармакотерапии строится с обязательным использованием клинко-диагностических шкал. Особенно это касается квалификации эмоционального состояния больных, оценка которого нередко основывается на субъективной основе. Нарушения эмоционального реагирования, в большинстве случаев носящие достаточно универсальный и неспецифический характер, имеют важнейшее значение для развития основных проявлений непсихотических психических расстройств. Они сопровождаются рассогласованностью между имеющимися у человека стремлениями, представлениями, ожида-

ниями, возможностями действия, что приводит к появлению тех или иных эмоциональных нарушений.

Наиболее частым следствием этого являются формирующиеся расстройства тревожного и депрессивного спектров. В то же время клинические признаки нарушения т. н. третьей эмоциональной модальности, или третьего эмоционального проявления (по В.Я. Семке) [13], также часто возникающие в клинической картине психогенных, соматоформных, энцефалопатических расстройств и других непсихотических состояний и протекающие с повышенной эмоциональной возбудимостью (раздражительностью), не получают должного освещения иссле-

дователями. Вместе с тем анализ литературы и собственный предшествующий опыт свидетельствуют, что проявления эмоциональной возбудимости (ЭВ) могут быть отнесены к достаточно часто наблюдаемым симптомам в клинической картине формирующихся пограничных психических расстройств (ППР) [16, 18].

Существующие научные исследования состояний, протекающих с ЭВ, в различных областях медицинской науки (физиологии, психофизиологии, психологии, психиатрии) свидетельствуют о близости и родстве понятий ЭВ, раздражительности и их крайнего проявления — эксплозивности и разнонаправленной агрессии. Понимая "раздражение" как

проявление эмоционального возбуждения, ряд исследователей признают “раздражительность” одним из проявлений ЭВ. Раздражительность часто сопровождается состоянием недовольства и неприязни.

Клинические проявления ЭВ, представленные негативными эмоциями досады, чувством несправедливости, повышенной раздражительностью, в последующем зачастую перерастают в гнев, ярость, злость и агрессию, которые становятся важнейшими проявлениями девиантного поведения. Эксплозивность, взрывчатость как чрезмерную ЭВ с бурными вспышками аффектов, в особенности ярости и гнева, определяет, например, В.А. Жмуров в руководстве “Психопатология” [9]. По его мнению, эмоциональные разряды могут сопровождаться агрессией, направленной вовне или на самого себя. Одновременно снижается контроль поведения, что во многих случаях сопровождается импульсивностью действий.

Можно видеть, что указанный феноменологический ряд состояний с ЭВ (от недовольства, обиды, раздражения до нетерпимости, злобы, гнева, ярости и враждебности) вплотную примыкает к границам некриминальной и криминальной агрессии, нередко составляя ее предпосылки. Это предопределяет преимущественное применение в клинко-психологических исследованиях выраженности ЭВ-методик оценки различных проявлений агрессии либо фрустрационной толерантности. При этом наиболее предпочтительными, по мнению исследователей, являются опросник Баса–Дарки, тест руки Вагнера, тест фрустрационной толерантности Розенцвейга, методика Томаса наряду с менее известными либо специально разрабатываемыми (адаптируемыми) авторами в соответствии с собственными исследовательскими задачами.

Краткий сравнительный анализ позволяет определять индивидуальные особенности и спорные стороны каждой из вышеуказанных методик.

**Опросник Баса–Дарки, (Buss-Durkey Inventory)** предложен в 1957 г. [19, 20] для измерения степени проявления разных форм агрессивного поведения.

Данный опросник широко распространен в зарубежных исследованиях, в которых подтверждаются его высокие валидность и надежность [21, 22, 24, 27]. Опросник используется также и в отечественных работах [8, 10], однако данные о его стандартизации на отечественных выборках не указываются.

Методика Баса–Дарки позволяет оценивать агрессию на основе самоотчета обследуемого о совершенных им агрессивных действиях в прошлом. Опросник содержит 75 утверждений. Испытуемому предлагается в ответ на предъявляемые утверждения выбрать один из четырех вариантов ответа (“да”, “пожалуй, да”, “пожалуй, нет”, “нет”) в зависимости от того, насколько то или иное утверждение ему подходит или не подходит в соответствии с его личным опытом.

В основе методики лежит выделение авторами восьми параметров:

1. Физическая агрессия — использование физической силы против другого лица.
2. Вербальная агрессия — выражение негативных чувств через форму (крик, визг) и содержание (ругательства, оскорбления) словесных обращений к другим лицам.
3. Косвенная агрессия — использование непрямым путем направленных против других лиц сплетен, шуток и проявление ненаправленных, неупорядоченных взрывов ярости, гнева, ненависти, агрессии (в крике, топании ногами).
4. Негативизм — оппозиционная форма поведения, направленная обычно против авторитета и руководства, которая может нарастать от пассивного сопротивления до активных действий против требований, правил и законов.
5. Раздражение — готовность при малейшем возбуждении вспылить, проявить резкость, грубость.
6. Подозрительность — склонность к недоверию и осторожному отношению к людям, формирующаяся из убеждения, что окружающие намерены причинить вред.
7. Обида — проявление зависти и ненависти к окружающим, обусловленные чувством гнева, недовольства кем-то определенным или всем

миром за действительные или мнимые страдания.

8. Чувство вины, аутоагрессия — отношение и действия по отношению к себе и окружающим, формирующиеся из возможного убеждения обследуемого в том, что он является плохим человеком, поступает плохо, вредно, злобно.

К недостаткам методики относятся отсутствие должной кросс-культуральной адаптации, популяционной стандартизации. Шкалы являются порядковыми, а не метрическими, из-за чего невозможно не только сравнивать отдельные шкалы между собой (они даже в сырых оценках баллах имеют разную мощность, разный максимальный возможный балл), но и оценивать положение индивидуума относительно средней выраженности данного свойства в популяции, т. е. низкая или высокая у него общая агрессивность или какая-либо ее форма [3]. Иначе говоря, эта методика не является тестом и может использоваться с осторожными оговорками в исследовательских целях и только в сочетании с другими, в т. ч. и с личностными, методиками.

**Тест руки Вагнера (The Hand test)** — проективная методика исследования личности, направленная на выявление агрессивных тенденций у индивида. Опубликована Б. Брайклином, З. Пиотровским и Э. Вагнером в 1961 г. Эта методика позволяет оценивать вероятность проявления агрессивных тенденций в поведении, а также другие особенности личности [6, 11].

В теоретическом обосновании теста его авторы исходят из положения о том, что развитие функций руки связано с развитием головного мозга. Велико значение руки в восприятии пространства, ориентации в нем, необходимых для организации любого действия. Рука непосредственно вовлечена во внешнюю активность. Следовательно, предлагая обследуемому в качестве визуальных стимулов изображения руки, выполняющей разные действия, можно с высокой степенью вероятности прогнозировать реальное поведение. Тест компактен, удобен в применении, длительность процедуры — около 15 минут. Хорошо показывает различные клас-

сы установок. Успешно применяется в патопсихологии.

Стимульный материал теста составляют девять стандартных изображений кистей рук и одна пустая таблица (подобно пустой карточке в тематическом апперцепционном тесте), при показе которой просят представить кисть руки и описать ее воображаемые действия. Изображения предъявляются в определенной последовательности и положении. Обследуемый должен ответить на вопрос: какое, по его мнению, действие выполняет нарисованная рука (или сказать, что способен выполнять человек, рука которого принимает такое положение)? Помимо записи ответов регистрируется положение, в котором обследуемый держит таблицу, а также время с момента предъявления стимула до начала ответа. Ответы оценивают по 11 классическим шкалам: агрессивность, директивность, зависимость, коммуникативность, страх, эмоциональность, демонстративность, ущербность, активная безличность и пассивная безличность. Итоговый коэффициент агрессивности подсчитывается при вычитании из суммы баллов по категориям “агрессивность” и “директивность” сумму баллов по категориям “коммуникативность”, “эмоциональность”, “страх” и “зависимость”. Одним из возможных вариантов интерпретации показателя общего числа ответов является рассмотрение его как запас тенденций к действию, отражающий энергетический потенциал и степень активности (активированности) личности. Так, число ответов менее 15 свидетельствует о низкой психологической активности обследуемой личности, 15–22 — о средней, 26–40 — о высокой психологической активности, более 40 ответов — о гиперактивности.

Продолжительное клиническое использование теста в различных странах вскрыло дополнительные нюансы. Первоначально в силу его заявленной способности разоблачать поведение тест руки рассматривался преимущественно как ценный инструмент для предсказания импульсивных, насильственных, агрессивных тенденций, в дальнейшем тест превратился в клинический инструмент более широкой

направленности, применяемый для формулировки диагнозов и оценки психодинамики в разнообразных популяциях. Большинство прошлых исследований были связаны главным образом с установлением специфических различий в клинических выборках или с прогнозированием антисоциального поведения, но этот тест также использовался для эмпирического обоснования теоретического фундамента структурного анализа для исследований культурных различий и углубленного изучения разнообразных психопатологических синдромов.

К негативным характеристикам методики можно отнести то, что тест руки работает лучше всего, когда рассматривается во всей своей целостности (т. е. неразумно полагаться лишь на один или два показателя при выведении диагностических заключений). Его возможности в плане интерпретации ограничиваются тем фактом, что он преимущественно измеряет фасад или верхний слой поведения личности и, следовательно, не дает ее полной картины. К тому же этот тест подкупает своей обманчивой простотой, кажущейся легкостью освоения, но полноценная и эффективная работа с ним требует подготовки, обучения и опыта.

Тем не менее в силу своей краткости и простоты реализации тест руки оказался довольно полезным инструментом в научных исследованиях.

**Методика изучения фрустрационных реакций Розенцвейга (*Rosenzweig picture-frustration “P-F Study”*)** является проективной. Была разработана автором на основании его теории фрустрации и впервые описана в 1944–1945 гг. В России тест после адаптации Н.В. Тарабриной [14] был издан в 1984 г. и получил распространение под названием “Методика изучения фрустрационных реакций”. За время существования теста появились множественные исследования, подтверждающие его важность, надежность и широкие возможности интерпретации полученных с его помощью результатов. Коэффициент ретестовой надежности, по некоторым данным, составляет 0,6–0,8. Достаточно высока валидность, имеются и нормативные данные. Тест Розенцвейга характеризуется

как структурированный, он направлен на определенную область поведения и обладает относительно объективной процедурой оценки, более доступен статистическому анализу, нежели большинство проективных методик. Тест предназначен для оценки у человека степени “агрессивности” — не вызванной объективными обстоятельствами и необходимостью тенденции враждебно реагировать на большинство высказываний, действий и поступков окружающих людей.

Исследования указывают на все новые диагностические возможности теста, позволяющие исследовать и такой феномен личности, как освождение от фрустрации в ситуациях взаимодействия с другим человеком. Опыт применения данной методики свидетельствует о ее ценности в дифференциальной диагностике акцентуаций характера, нарушений поведения (в т. ч. и социально опасных), невротических состояний. Тест используется и при проведении психологической судебной экспертизы, когда необходимо определить особенности реагирования субъекта на трудные, фрустрирующие ситуации, его поведение в таких ситуациях.

Методика Розенцвейга в модификации Тарабриной направлена на изучение реакции испытуемого и ее вектора в моделируемых фрустрирующих ситуациях, т. е. на изучение реактивной агрессивности. Методический материал состоит из 24 рисунков. На каждом рисунке изображено несколько человек (два или более), занятых разговором. Персонажи всех 24 рисунков находятся во фрустрационной ситуации. Ситуации можно разделить на две подгруппы: “препятствия” и “обвинения”. В первом случае какое-либо действие персонажа сбивает с толку, ошарашивает, обескураживает. Во втором — субъект служит объектом обвинения. Предполагается, что испытуемый осознанно или неосознанно идентифицирует себя с фрустрированным персонажем на каждой картинке и проецирует свое отношение в даваемом ответе. Для оценки этого отношения или реакции каждому ответу приписываются баллы в соответствии с двумя основными измерениями — направлением агрессии

и ее типом. По направлению агрессия подразделяется на экстра-агрессию, когда агрессивные реакции обращены на окружение; интра-агрессию, когда агрессивные реакции обращены на самого себя; и им-агрессию, когда агрессия переводится в попытку затухать проблему или представить ситуацию в лучшем свете.

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.

**Методика исследования особенностей реагирования в конфликтной ситуации К. Томаса.** Личностный опросник разработан американским социальным психологом К. Томасом в 1973 г. и предназначен для изучения личностной предрасположенности к конфликтному поведению, выявления определенных стилей разрешения конфликтной ситуации [10]. Методика может использоваться в качестве ориентировочной для изучения адаптационных и коммуникативных особенностей личности, стиля межличностного взаимодействия. В России тест адаптирован Н.В. Гришиной [15].

Для описания типов поведения людей в конфликтных ситуациях К. Томас считает применимой двумерную модель регулирования конфликтов, основополагающими измерениями в которой являются кооперация, связанная с вниманием человека к интересам других людей, вовлеченных в конфликт, и напористость, для которой характерен акцент на защите собственных интересов.

Соответственно, этим двум основным измерениям К. Томас выделяет следующие способы регулирования конфликтов:

1. Соревнование (конкуренция) как стремление добиться удовлетворения своих интересов в ущерб другому.
2. Приспособление, означающее в противоположность соперничеству принесение в жертву собственных интересов ради другого.
3. Компромисс.
4. Избегание, для которого характерно

отсутствие как стремления к кооперации, так и тенденции к достижению собственных целей.

5. Сотрудничество, когда участники ситуации приходят к альтернативе, полностью удовлетворяющей интересы обеих сторон (<http://www.psylab.info>). К. Томас считает, что при избегании конфликта ни одна из сторон не достигает успеха; при таких формах поведения, как конкуренция, приспособление и компромисс, или один из участников оказывается в выигрыше, а другой проигрывает, или оба проигрывают, т. к. идут на компромиссные уступки. И только в ситуации сотрудничества обе стороны оказываются в выигрыше. В своем Опроснике по выявлению типичных форм поведения К. Томас описывает каждый из пяти перечисленных возможных вариантов 12 суждениями о поведении индивида в конфликтной ситуации. В различных сочетаниях они сгруппированы в 30 пар, в каждой из которых респонденту предлагается выбрать то суждение, которое является наиболее типичным для характеристики его поведения. По каждому из пяти разделов опросника (соперничество, сотрудничество, компромисс, избегание, приспособление) подсчитывается число ответов, совпадающих с ключом. Полученные количественные оценки сравниваются между собой для выявления наиболее предпочитаемой формы социального поведения испытуемого в ситуации конфликта, тенденции его взаимоотношений в сложных условиях.

Опросник позволяет выделить типичные способы реагирования на конфликтные ситуации.

Примером опросников и шкал, специально создаваемых под конкретные задачи исследования, может служить **Шкала агрессии (соответствующая Social Dysfunction and Aggression Scale)** [26], использованная А.В. Ваксман [4] для дифференцированной оценки агрессивных проявлений в депрессии. Шкала объединяет 10 пунктов, сгруппированных в 2 подшкалы: агрессия, направленная “во вне” (с 1-й по 8-ю), и агрессия, направленная “на себя” (9 и 10).

Пункты шкалы включают следующие признаки:

1. Косвенная вербальная агрессия (крики, ругань).
2. Прямая вербальная агрессия (угрозы, оскорбления другого лица).
3. Раздражительность (быстро спровоцируемое нетерпение).
4. Негативизм (как вид пассивной агрессии, включающий упрямство, отказ от сотрудничества, отказ выполнять просьбы или требования других людей).
5. Дисфория (гневливость, быстрое, неверное толкование событий, отражающее выраженность враждебной настроенности).
6. Социально дезадаптивное поведение (стремление вывести из равновесия других людей, потеря чувства ситуации).
7. Физическая агрессия в отношении других лиц.
8. Физическая агрессия в отношении вещей.
9. Самоповреждения (порезы, прижигания).
10. Суицидальные мысли или попытки.

Оценка по каждому из них проходила по 4-балльной системе, в которой: 0 баллов — отсутствие признака, 1 — незначительная степень выраженности, 2 — умеренная степень выраженности, 3 — значительная степень выраженности.

Завершая рассмотрение наиболее часто используемых в исследованиях методик, следует подчеркнуть, что современные исследователи агрессивного поведения при изучении личностных факторов учитывают не только агрессивные тенденции (базовую агрессивность индивида), но и тенденции торможения (или подавления) агрессивности, сдерживающие открытое проявление агрессивности в поведении [23, 25]. Ф.С. Сафуанов [12] выделяет следующие группы тормозящих тенденций: ценностные, социально-нормативные, диспозиционные, эмоциональные, коммуникативные, интеллектуальные, психологически-защитные механизмы.

Опираясь на современные сведения о наиболее эффективно работающем и предпочитаемом большинством исследователей инструментарии, применяющемся в изучении различных аспектов ЭВ, а



также учитывая предварительный практический опыт [17, 18], мы предложили собственный вариант *краткого опросника для выявления ЭВ у пациентов с пограничными психическими расстройствами (КОЭВ)*. К основным его достоинствам наряду с ранжированной оценкой проявлений ЭВ можно отнести портативность и легкость заполнения. В качестве основы для КОЭВ послужил один из разделов Унифицированной системы оценки клинико-фармакологического действия психотропных препаратов у больных с пограничными нервно-психическими расстройствами [2], неоднократно подтверждавшей свою высокую чувствительность и валидность. Использование указанной методики позволило дифференцированно оценивать динамику состояния пациентов с ЭВ в процессе психофармакотерапии. Это подтверждается многочисленными клинико-психологическими исследованиями, проведенными в т. ч. и в Отделе пограничной психиатрии ГНЦ им. В.П. Сербского [5].

Опросник КОЭВ выполнен в виде анкеты для самотестирования, запол-

няемой пациентом в присутствии врача, в которой ему следует оценить предположительно имеющиеся ситуации:

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.

Используются варианты ответов: “отсутствует”, “возникает редко”, “возникает часто”, “постоянно присутствует” (кодируются от 1 до 4 соответственно), с последующим подсчетом суммы по всем 5 вопросам.

Полученный итоговый показатель 5 баллов характеризовал отсутствие проявлений ЭВ, раздражительности, 20 баллов — о максимальной степени ее выраженности.

С использованием КОЭВ было проведено исследование, направленное на скрининг выраженности состояния ЭВ, определение его особенностей и динамики в процессе фармакотерапии у больных ППР в стационарных условиях (Московская специализированная клиническая больница № 8 им. З.П. Соловьева — клиника неврозов). Предварительная оценка опросника подтвердила его удобство, высокую специфичность и пригодность для научной работы.

Сравнительный анализ наиболее признанных методик измерения и описания различных сторон агрессивности, которые могут использоваться при изучении ЭВ, позволил увидеть, что все они не лишены недостатков, например описание феноменов разного порядка в рамках одного опросника, недостаточная стандартизация для русской популяции, определенная схематизация и

# 2

## МЕЖДИСЦИПЛИНАРНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ «РАССТРОЙСТВА ДВИЖЕНИЙ»

Место и дата проведения конференции «Расстройства движений»:  
г. Москва, ул. Русаковская, 24, г-ца “Холидей Инн Москва Сокольники”

14 - 15

декабря 2012 г.



Под эгидой Ассоциации  
междисциплинарной медицины

# РАССТРОЙСТВА ДВИЖЕНИЙ 2012

[Movementdisorders.RU](http://Movementdisorders.RU)



Реклама

ограничения в описании измеряемых качеств, значительная трудоемкость и сложности интерпретации результатов, требования к квалификации исследователя, имеет место расхождение данных, фиксируемых разными методами, и ряд других. Их применение допустимо в комплексном, углубленном исследовании, предпочтительно в сочетании с личностными опросниками и традиционными клиническими описаниями, однако оно совершенно не оправданно в качестве скринингового, позволяющего оперативно, пусть и грубо, оцени-

вать наличие либо отсутствие проявлений ЭВ.

Использование предложенного КОЭВ больными ППР для оценки ЭВ в процессе фармакотерапии, напротив, продемонстрировало его чувствительность и специфичность. Результаты тестирования подтвердили распространенность проявлений ЭВ в клинической картине ППР, что дает основание для повышенного внимания к подбору фармакотерапии и организации работы с больными.

Для решения исследовательских задач может эффективно применять-

ся разработанная и апробированная портативная методика оценки ЭВ — опросник КОЭВ. В частности, он может быть использован для отбора пациентов с наиболее типичными и выраженными проявлениями ЭВ на скрининговом этапе работы и оценки динамики проявлений ЭВ в процессе фармакотерапии на последующих стадиях исследования.

В настоящее время опросник КОЭВ активно используется в продолжающихся исследованиях ЭВ у пациентов с различными ППР.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Агрессия и психическое здоровье / Под ред. Т.Б. Дмитриевой и Б.В. Шостаковича. СПб., 2002. 464 с.
2. Александровский Ю.А., Руденко Г.М., Незнамов Г.Г. Унифицированная система оценки клинико-фармакологического действия психотропных препаратов у больных с пограничными нервно-психическими расстройствами. М., 1984.
3. Беломестнова Н.В., Ярмоленко Г.П. К вопросу о дифференцирующей силе методики Баса-Дарки. Юридическая психология: современные технологии психологического обеспечения оперативно-служебной деятельности сотрудников правоохранительной системы / Материалы Международной научно-практической конференции, СПб., 19.05.2005 / Под ред. В.П. Сальникова. СПб., 2005. С. 80–2.
4. Ваксман А.В. Враждебность и агрессивность в структуре депрессии (закономерности формирования, прогностическая значимость, терапия и социально-психическая адаптация). Дисс. канд. мед. наук. М., 2005.
5. Диагностика и терапия пограничных психических расстройств / Под ред. Ю.А. Александровского. М., 2012.
6. Елисеев О.П. Тест руки. Практикум по психологии личности. СПб., 2003. С. 310–27.
7. Ениколопов С.Н. Опросник Басса-Дарки. Практикум по психодиагностике. Психодиагностика мотивации и саморегуляции. М., 1990. С. 6–11.
8. Ениколопов С.Н. Психология враждебности в медицине и психиатрии // Современная терапия психических расстройств 2007. № 1. С. 231–46.
9. Жмуров В.А. Психопатология. Нижегородск, 2002.
10. Куликов Л.В. Психология настроения. СПб., 1997. 228 с.
11. Курбатова Т.Н., Муляр О.И. Проективная методика исследования личности "Hand-тест". Методическое руководство. СПб., 2001. 64 с.
12. Сафуанов Ф.С. Психология криминальной агрессии. М., 2003. 300 с.
13. Семке В.Я., Платонов Д.Г., Новиков В.Я. Невротические пути агрессии. Кемерово, 2006. 208 с.
14. Тарабрина Н.В. Методика изучения фрустрационных реакций (Picture Frustration S. Rosenzweig) // Иностранная психология 1994. Т. 2. № 2(4). С. 68–77.
15. Тест описания поведения К. Томаса (адаптация Н.В. Гришиной). Психологические тесты / Под ред. А.А. Карелина: В 2 т. М., 2001. Т. 2. С. 69–77.
16. Хруленко-Варницкий И.О. Дифференцированная терапия транквилизаторами больных неврозами с учетом их индивидуально-типологических особенностей. Дисс. канд. мед. наук. М., 1987.
17. Хруленко-Варницкий И.О. Методические подходы к исследованию клинических особенностей эмоциональной возбудимости (раздражительности) у больных с пограничными психическими расстройствами // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии 2012. № 5. С. 28–37.
18. Хруленко-Варницкий И.О. Распространенность и особенности выраженности эмоциональной возбудимости (раздражительности) у больных с различными формами пограничных психических расстройств (ППР). XV съезд психиатров России, 9–12.11. 2010 (материалы съезда). М., 2010. 124 с.
19. Buss AH, Durkee A. An inventory for assessing different kinds of hostility. J of Consulting Psychology 1957;21:343–48.
20. Buss A. The psychology of aggression. New York, John Wiley, 1961.
21. Castrogiovanni P, Pieraccini F, Di Muro A. Suicidality and aggressive behavior. Acta Psychiatr Scand 1998;97:144–48.
22. Knox M, King C, Hanna GL, Logan D, et al. Aggressive behavior in clinically depressed adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2000;39:611–18.
23. Megargee EI. Undercontrolled and overcontrolled personality types in extreme anti-social aggression. Psychological monographs 1966; 80(3):1–29.
24. Nierenberg AA, Ghaemi SN, Clancy-Colecchi K, et al. Cynicism, hostility, and suicidal ideation in depressed outpatients. Nerv Ment Dis 1996;184:607–10.
25. Olweus D. Personality and aggression. Nebraska symposium on motivation. 1972;261–321.
26. Wistedt B, Rasmussen A, Pedersen L, et al. The development of an observer-scale for measuring social dysfunction and aggression. Pharmacopsychiatry 1990;23(6):249–52.
27. Wolfersdorf M, Kiefer A. Depression and aggression. A control group study on the aggression hypothesis in depressive disorders based on the Buss- Durkee Questionnaire. Psychiatr Prax 1998;25:240–45.

## Информация об авторе:

**Хруленко-Варницкий И.О.** — старший научный сотрудник отделения проблем реабилитации Отдела пограничной психиатрии ФГУ "Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского" Минздравсоцразвития России.  
Тел. 8 (499) 727-34-60; e-mail: i\_khroulenko@mail.ru