

DOI: 10.17689/psy-2021.1.1

УДК 159.955.1

## **Особенности социального восприятия больных неврастенией**

© 2021 Руденко Светлана Львовна\*,

\*кандидат психологических наук, доцент кафедры общей и клинической психологии Белгородского государственного национального исследовательского университета (г. Белгород), e-mail: [rudenkosl.r1@mail.ru](mailto:rudenkosl.r1@mail.ru)

**Аннотация:** Исследование ориентировано на дополнение дифференциально-диагностических критериев неврастении, а также расширение представлений о путях реабилитации лиц данной нозологической группы. Изучено поле социальных когниций. Выявлено снижение социальной перцепции и интеллекта. Раскрыты детерминанты описанных дефицитов. Установлено, что социальная дезадаптация вторично усиливает симптомы и расширяет нарушения социального восприятия больных.

**Ключевые слова:** неврастения; социальная перцепция; социальный интеллект; социальное восприятие; качество жизни.

## **Features of social perception of patients with neurasthenia**

© 2021 Rudenko Svetlana Lvovna\*,

\*PhD in Psychology, Associate Professor of the Department of General and Clinical Psychology, Belgorod State National Research University (Belgorod, Russia), e-mail: [rudenkosl.r1@mail.ru](mailto:rudenkosl.r1@mail.ru)

**Annotation:** The study is focused on complementing the differential diagnostic criteria for neurasthenia, as well as expanding the understanding of the ways of rehabilitation of persons of this nosological group. The field of social cognitions has been studied. A decrease in social perception and intelligence was revealed. The

determinants of the described deficiencies are disclosed. It was found that social maladjustment secondarily increases the symptoms and expands the impairment of social perception of patients.

**Keywords:** neurasthenia; social perception; social intelligence; social perception; quality of life.

Исследование аспектов когнитивного функционирования невротически организованных личностей сегодня представляет приоритетную линию научных исканий. В свете современных тенденций изучение социального восприятия оказывается в центре внимания, поскольку позволяет выйти на понимание преморбидных факторов, задающих характер взаимодействия с обществом и качество жизни.

Способность декодировать и анализировать эмоциональные состояния, как собственные, так и других людей, в публикациях обозначена различными терминами. Наиболее широко употребляемы такие конструкты как эмоциональный интеллект, социальный интеллект и «модель психического». Впервые вопросы социального восприятия были разработаны в работах с участием больных шизофренией, значительно позднее лиц с неврозами. Показаны роль и значение эмоционального и социального интеллекта в генезе неврозов [Александровский Ю.А. и др, 2000; Пуговкина О.Д. и др., 2013; Hansenne M., 2007; Zobel I. et al., 2010; Wells A. et al., 2019; Wurm L. et al., 2020]. Влияние недостаточной способности к дифференциации эмоций, субъективизм в оценках и слабая направленность на определение причинно-следственных связей социальных ситуаций [Липгарт Н.К., 1966; Ильина Н.А., 2002; Мак-Каллоу Дж., 2003; Alsarraf J.J. et al., 2009; Tipples J. et al., 2019]. Характерными паттернами оказываются фиксация на прошлом опыте и мыслительные руминации [Sternberg R.J. et al., 2017; Strauss E., 2018; Weissman M. et al. 2019; Fonagy P. et al., 2020].

Вопросы социального восприятия обследуемых с неврастенией раскрыты в литературе недостаточно. Имеются отдельные свидетельства низкого уровня

коммуникативной компетентности. Подчеркивается, что на фоне относительно сохранной когнитивной сферы действуют мотивационные факторы, задающие тенденцию к избеганию и, соответственно, путь патологического развития личности [Александровский Ю.А., 2000; Виленский О.Г., 2010; Пуговкина О.Д. и др., 2013; Webster D.M. et al, 2019; Wearden A.J. et al., 2020].

Отмечается дефицит критериев неврастении, позволяющих отличить изучаемый контингент от больных невротоподобной шизофренией с астено-ипохондрическим синдромом, особенно на исходном этапе невротического развития личности. Неизбежным следствием оказывается невозможность своевременно оказать необходимую помощь и предотвратить стойкую утрату трудоспособности [Жариков Н.М., 2009; Жмуров В.А., 2010; Цыганков Б.Д., 2019; Van Rooy D.L. et al., 2020; Tipples J. et al., 2020]. Трудности квалификации регистрируемых нарушений и неблагоприятные исходы неврастении подтверждают высокую актуальность избранного поля исканий.

Гипотеза исследования: у больных неврастением проявляется отчетливое нарушение социального восприятия, детерминированное клинической симптоматикой и определяющее снижение качества их жизни.

Цель исследования: обнаружение особенностей социального восприятия у больных неврастением.

Задачи исследования:

1. изучить особенности социальной перцепции и интеллекта;
2. определить детерминанты появления дефицитов социального восприятия;
3. показать особенности социального восприятия больных как условие снижения качества их жизни.

Теоретическая значимость исследования определяется выявлением особенностей компонентов социального восприятия больных неврастением, а также уточнением роли клинических и психологических факторов в появлении дефицитов анализа социальных стимулов.

Практическая значимость полученных результатов состоит в расширении спектра диагностических критериев неврастений, что открывает новые пути оказания психотерапевтической помощи больным и социального включения.

**Методы.** 1. Клинико-психологические аспекты состояния больных изучены посредством «Клинического опросника для выявления и оценки невротических состояний» К.К. Яхина, В.Д. Менделевича, «Шкалы самооценки уровня тревожности» Ч.Д. Спилбергера-Ю.Л. Ханина, «Шкалы депрессии» А.Т. Векс, адаптированной В.Н. Тарабриной, «Шкалы социальной ангедонии» М.И. Eksted, L.G. Chermen, M. Mishlove, русифицированная О.В. Рычковой, А.Б. Холмогоровой.

2. Изучение социальной перцепции произведено на основе тестов «Распознавание эмоций» Н.Г. Гаранян и «Поza и жест» Н.С. Курека. Интеллектуальный компонент проанализирован при помощи теста «Социальный интеллект» J.P. Guilford, M.O. Sullivan, в адаптации Е.С. Михайловой.

3. Качество жизни определено посредством методики «ВОЗ КЖ-100», Всемирной организации здравоохранения, адаптированной СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева.

Статистическая обработка данных реализована в программе SPSS Statistics 17.0.1.. Применены корреляционный и факторный анализы.

Всего обследовано 240 человек. Больные неврастением и здоровые обследуемые представлены в равном соотношении. Изучение основной группы состоялось в процессе освидетельствования на базе бюро медико-социальной экспертизы психиатрического профиля г. Белгорода. В основной состав вошли 60 мужчин и 60 женщин в возрасте от 25 до 50 лет ( $37.5 \pm 1.57$  лет) с невротическим стажем от 1 до 25 лет ( $12.75 \pm 1.38$  лет). Группу контраста образовали 120 здоровых людей половые и возрастные характеристики которых фактически аналогичны основной группе.

**Результаты.** Первичным этапом явилась оценка невротических состояний, реализованная посредством «Клинического опросника для выявления и оценки невротических состояний». На данной основе, предполагалось выстроить общее представление о психическом статусе обследуемых.

Показано, что больные неврастенией имеют выраженные проявления астении ( $-7,24 \pm 0,59$ ) и невротической депрессии ( $-7,12 \pm 0,45$ ). Показатели по шкалам вегетативных нарушений ( $-3,9 \pm 0,36$ ), тревоги ( $-3,84 \pm 0,11$ ) и обсессивно-фобических признаков ( $-2 \pm 0,27$ ) повышены. Исключение составляет оптимальный показатель по шкале истерического типа реагирования ( $2,5 \pm 0,18$ ).

В контрольной группе числовые эквиваленты вегетативных дисфункций ( $5,8 \pm 0,14$ ), астении ( $4,81 \pm 0,09$ ), невротической депрессии ( $4,32 \pm 0,12$ ), обсессивно-фобических нарушений ( $4,12 \pm 0,26$ ), истерического типа реагирования ( $3,25 \pm 0,233$ ), тревоги ( $3,11 \pm 0,15$ ) в норме. Различия по наличию и выраженности невротических состояний между показателями больных невротиками и здоровых обследуемых статистически значимы ( $p < 0,05$ ).

Аспект тревожности больных уточнен с помощью «Шкалы самооценки уровня тревожности». Среди больных неврастенией проявляется высокий уровень личностной ( $73 \pm 0,65$ ) и реактивной ( $69,45 \pm 0,55$ ) тревожности. В контрольной группе отмечается незначительное повышение показателя реактивной тревожности ( $32 \pm 0,77$ ), уровень личностной в норме ( $19 \pm 0,68$ ). Различия между показателями обследуемых основной и контрольной групп значимы ( $p \leq 0,03$ ).

Уровень депрессии прицельно диагностирован посредством «Шкалы депрессии». Обследуемые с неврастенией проявляют значительно выраженную депрессию, которая соответствует тяжелой степени ( $59,05 \pm 0,48$ ). В контрольной группе признаки депрессии отсутствуют ( $5,25 \pm 0,63$ ). Различия по

уровню депрессии между показателями обследуемых основной и контрольной групп, значимы ( $p=0,01$ ).

Параметр удовольствия, испытываемого при взаимодействии с социумом рассмотрен отдельно, на основе «Шкалы социальной ангедонии». Установлено, что больные неврастенией ( $27,44\pm 0,54$ ) имеют отчетливый дискомфорт в социуме. В контрольной группе выявлен оптимальный уровень способности получать удовольствие от общения с другими людьми ( $5,32\pm 0,28$ ). Различия по уровню социальной ангедонии между показателями обследуемых основной и контрольной групп, значимы ( $p=0,03$ ).

Изучение социального восприятия больных неврастенией и здоровых обследуемых выступило главным этапом настоящего исследования. Соотношение суммарных средних взвешенных оценок распознавания эмоций по лицу отражено на рисунке 1.

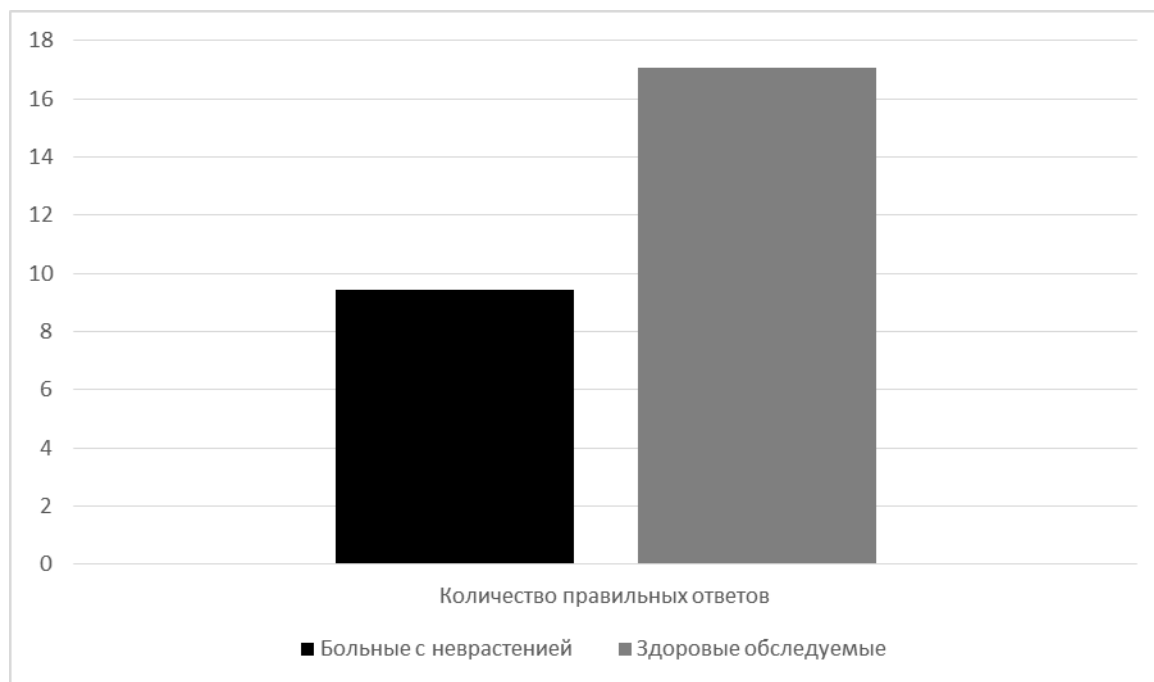


Рис. 1. Соотношение суммарных средних взвешенных оценок больных неврастенией и здоровых обследуемых по тесту «Распознавание эмоций»

Больные неврастенией проявляют отчетливые трудности распознавания эмоций по лицу ( $9,43\pm 0,29$ ). В контрольной группе получен оптимальный результат за счет максимального количества верных ответов ( $17,06\pm 0,33$ ).

Различия уровня распознавания эмоций по лицу, между показателями обследуемых основной и контрольной групп, значимы ( $p=0,04$ ).

Распределение средних взвешенных оценок по аспектам распознавания лицевой экспрессии обследуемых приведено на рисунке 2.

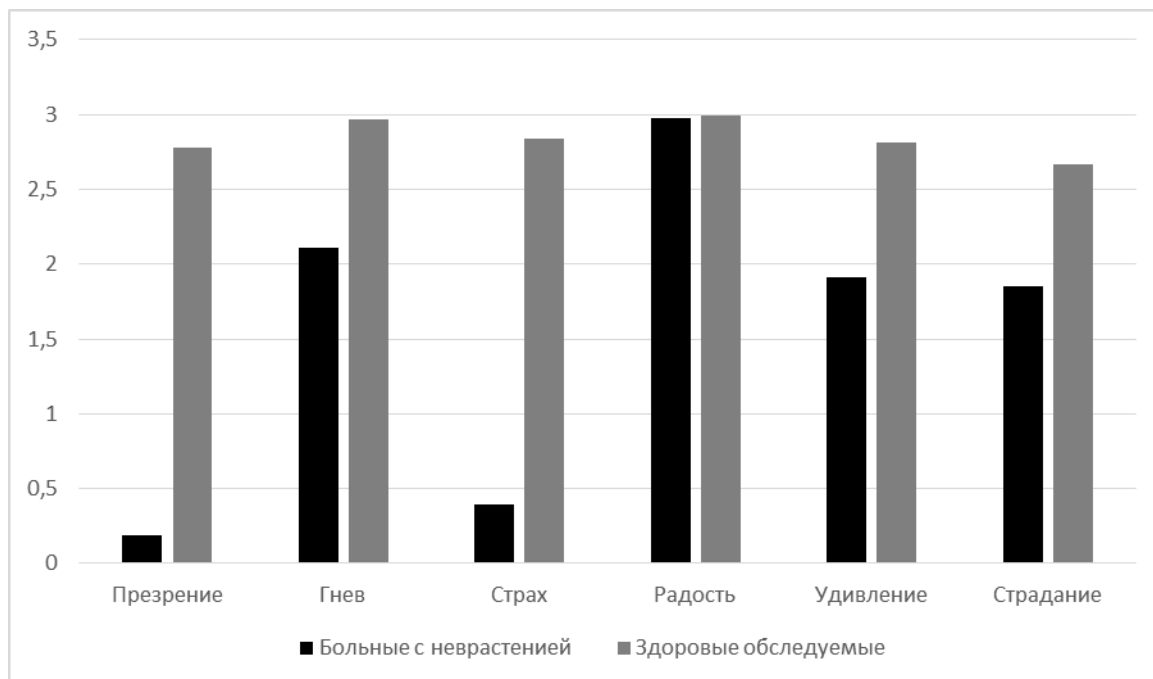


Рис. 2. Распределение средних взвешенных оценок больных неврастенией и здоровых обследуемых по параметрам теста «Распознавание эмоций»

Обследуемые с неврастенией проявляют выраженные трудности идентификации презрения ( $0,19\pm 0,02$ ) и страха ( $0,39\pm 0,05$ ). Фиксируется недостаточная способность к прочтению страдания ( $1,85\pm 0,03$ ) и удивления ( $1,91\pm 0,04$ ). Определение гнева ( $2,11\pm 0,08$ ) соответствует средним показателям. Наиболее достоверно распознавание радости ( $2,98\pm 0,07$ ).

Здоровые обследуемые верно трактуют эмоции по мимике. Определение страдания ( $2,67\pm 0,02$ ), презрения ( $2,78\pm 0,12$ ), удивления ( $2,81\pm 0,04$ ), страха ( $2,84\pm 0,12$ ), гнева ( $2,97\pm 0,02$ ) и радости ( $2,99\pm 0,01$ ) оценено высокими баллами. Различия по аспектам распознавания лицевой экспрессии, между показателями обследуемых основной и контрольной групп, значимы ( $p\leq 0,05$ ).

Соотношение суммарных средних взвешенных оценок распознавания эмоций по позе и жестам обследуемых показано на рисунке 3.

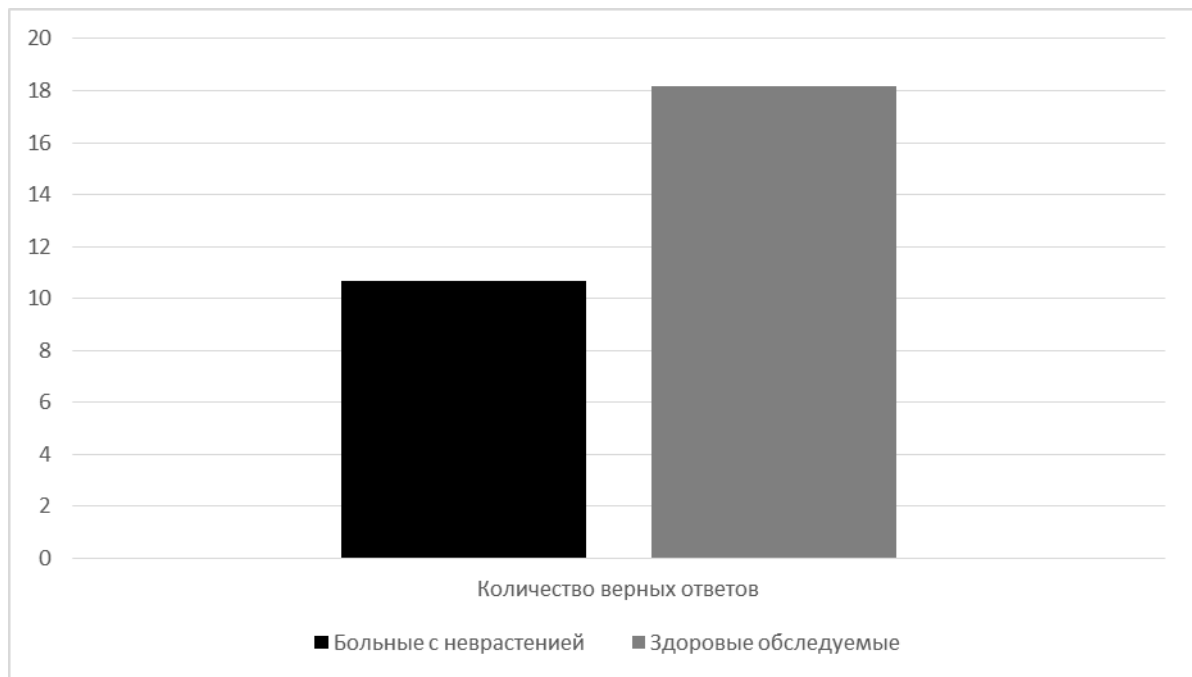


Рис. 3. Соотношение суммарных средних взвешенных оценок больных неврастений и здоровых обследуемых по тесту «Поза и жест»

Больные неврастений имеют снижение способности декодирования эмоций по позе и жестам ( $10,67 \pm 0,74$ ). В контрольной группе получен оптимальный результат за счет максимального количества верных ответов ( $18,19 \pm 0,97$ ). Различия уровня распознавания эмоций по позе и жестам, между показателями обследуемых основной и контрольной групп, значимы ( $p=0,04$ ).

Распределение средних взвешенных оценок по аспектам распознавания пантомимической экспрессии обследуемых отражено на рисунке 4.



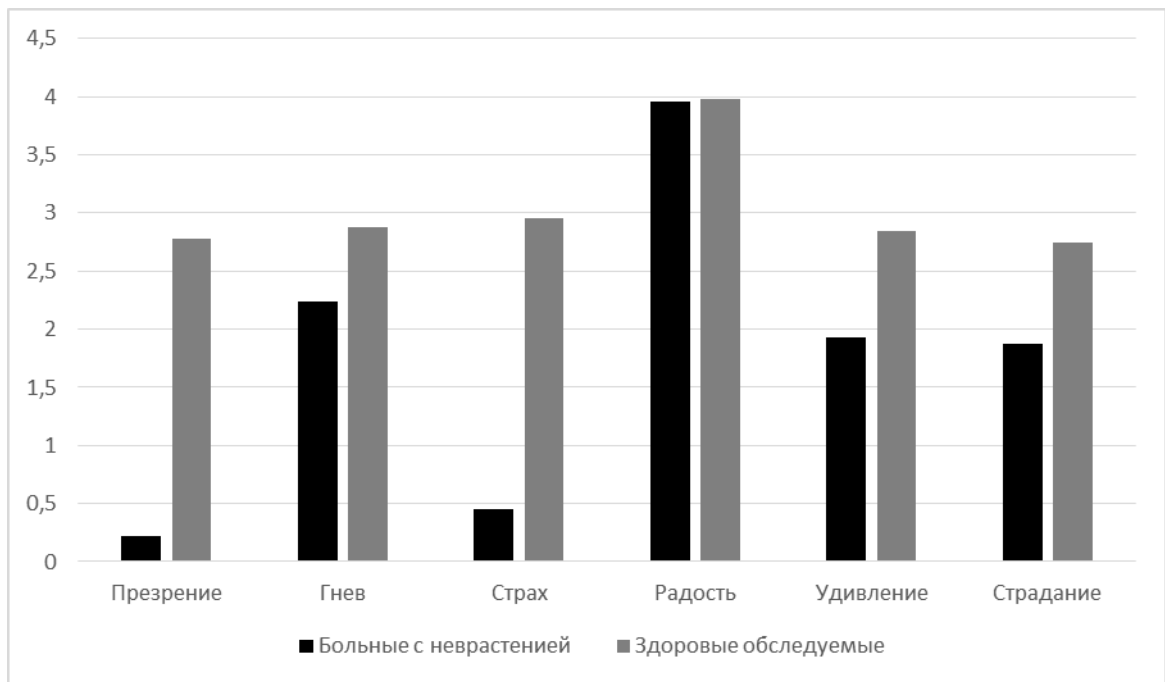


Рис. 4. Распределение средних взвешенных оценок обследуемых с неврастенией и здоровых обследуемых по параметрам теста «Поза и жест»

Среди больных неврастенией проявляются выраженные трудности идентификации презрения ( $0,22 \pm 0,08$ ) и страха ( $0,45 \pm 0,08$ ). Фиксируется недостаточная способность к прочтению страдания ( $1,87 \pm 0,13$ ) и удивления ( $1,93 \pm 0,12$ ). Определение гнева ( $2,24 \pm 0,19$ ) соответствует средним показателям. Наиболее достоверно распознавание радости ( $3,96 \pm 0,14$ ).

Здоровые обследуемые верно трактуют эмоции по позе и жестам. Определение страдания ( $2,75 \pm 0,09$ ), презрения ( $2,78 \pm 0,22$ ), удивления ( $2,84 \pm 0,15$ ), гнева ( $2,88 \pm 0,13$ ), страха ( $2,96 \pm 0,15$ ), и радости ( $3,98 \pm 0,23$ ) оценено высокими баллами. Различия по аспектам распознавания пантомимической экспрессии, между показателями обследуемых основной и контрольной групп, значимы ( $p \leq 0,05$ ).

Распределение средних взвешенных оценок интеллектуального компонента социального восприятия больных неврастенией и здоровых обследуемых приведено на рисунке 5.

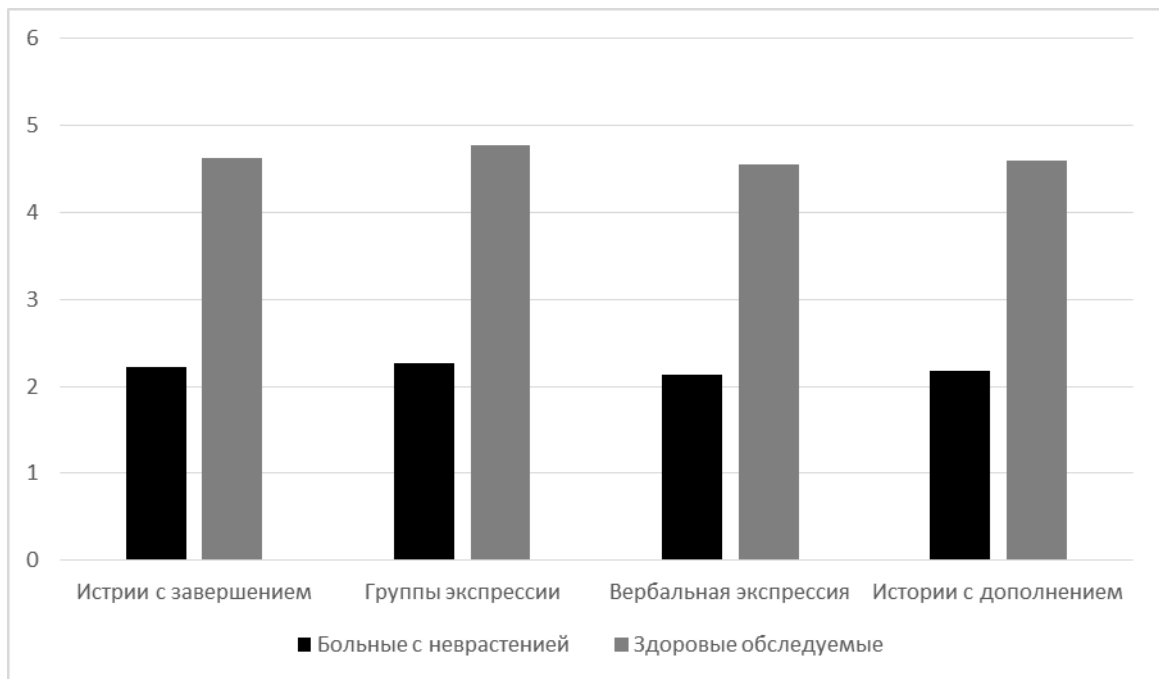


Рис. 5. Распределение средних взвешенных оценок больных неврастениями и здоровых обследуемых по субтестам теста «Социальный интеллект»

Больные неврастениями имеют низкие оценки по субтестам «Вербальная экспрессия» ( $2,14 \pm 0,07$ ), «Истории с дополнением» ( $2,18 \pm 0,14$ ), «Истории с завершением» ( $2,22 \pm 0,18$ ), «Группы экспрессии» ( $2,26 \pm 0,23$ ). В контрольной группе числовые эквиваленты по субтестам «Вербальная экспрессия» ( $4,56 \pm 0,12$ ), «Истории с дополнением» ( $4,59 \pm 0,08$ ), «Истории с завершением» ( $4,63 \pm 0,17$ ), «Группы экспрессии» ( $4,78 \pm 0,21$ ) выше средневыборочной нормы. Различия между показателями обследуемых основной и контрольной групп значимы ( $p=0,03$ ).

Факторы детерминации социального восприятия в группе больных неврастениями показаны в таблице 1.

Таблица 1.

Детерминанты социального восприятия больных неврастениями

Параметры		Фактор «Нарушение социального восприятия вследствие астении»
Астения		-0,67
Истерический тип реагирования		
Обсессивно-фобические нарушения		
Тест «Распознавание эмоций» (Суммарный показатель)		0,43
Тест «Поза и жест» (Суммарный показатель)		0,54
Тест «Социаль ный интеллект»	Истории с завершением	0,52
	Группы экспрессии	0,54
	Вербальная экспрессия	0,53
	Истории с дополнением	0,59

Среди больных неврастенией выделен ведущий фактор детерминации нарушения социального восприятия - «Нарушение социального восприятия вследствие астении». Данная predisпозиция формирует уязвимость в плане психической гиперестезии и влияют на точность ориентации в социальных стимулах. Распределение средних взвешенных оценок качества жизни обследуемых отражено в таблице 2.

Таблица 2.

Распределение средних взвешенных оценок больных неврастениями и здоровых обследуемых по параметрам опросника «ВОЗ КЖ-100»

Обследуемые	Физическая сфера			Психологическая сфера				Уровень независимости				Социальные отношения			Окружающая среда							духовная сфера		
	Физическая боль и дискомфорт		Сон и отдых	Положительные эмоции	Познавательные функции	Самооценка	Образ тела и внешность	Отрицательные эмоции	Подвижность	повседневные дела	лечения	Способность к работе	Личные отношения	поддержка	Сексуальная активность	Защищенность	Окружающая среда дома	Финансовые ресурсы	помощь	новой информации и навыков	развлечений и их использование	Окружающая среда вокруг	Транспорт	Духовность/ религия/ личные убеждения
	(средняя оценка, стандартное отклонение)																							
неврастениями	9,05	8,82	8,38	7,13	7,33	6,18	0,53	6,75	0,23	8,34	8,28	8,12	7,44	0,33	6,12	9,05	2,11	1,28	2,46	11,21	3,19	0,18	2,21	13,36
	±0,18	±0,13	±0,24	±0,09	±0,09	±0,07	±0,12	±0,03	±0,09	±0,16	±0,07	±0,09	±0,18	±0,23	±0,08	±0,03	±0,08	±0,17	0,15	±0,19	±0,31	0,29	±0,05	±0,03
	8,75±0,18			7,58±0,08				8,74±0,1				7,96±0,16			11,46±0,16							13,36±0,03		
	57,85±0,71																							
обследу	9,97	18,47	18,03	19,83	19,55	17,21	17,13	17,35	19,97	18,77	19,01	19,12	15	14,99	14,98	19,23	19,05	16,39	17,45	19,96	17,03	15,12	18,25	18,39
	±0,02	±0,27	±0,15	±0,05	±0,13	±0,06	±0,04	±0,22	±0,02	±0,04	±0,05	±0,14	±0,19	±0,27	±0,18	±0,08	±0,03	±0,19	±0,31	±0,02	±0,15	±0,08	±0,03	±0,21

	18,82±0,13			18,21±0,24				19,22±0,06				14,99±0,29			17,81±0,03						18,39 ±0,21					
	107,69±0,96																									
F- критерий Фишера	0,09	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,02	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,02	0,01	0,01	0,01

Больные неврастенией в средней степени удовлетворены сферами «Духовность/ религия/ личные убеждения» и «Окружающая среда». Низкими оценками отмечены содержательные характеристики доменов «Физическая сфера», «Уровень независимости», «Социальные отношения» и «Психологическая сфера». Здоровые обследуемые высоко оценивают качество собственной жизни. Различия по уровням качества жизни между показателями больных и здоровых обследуемых преимущественно значимы ( $p < 0,05$ ).

Факторы, оказывающие влияние на качество жизни лиц основной группы отражены в таблице 3.

Таблица 3.

Детерминация качества жизни больных неврозом навязчивых состояний.

Параметры	Фактор 1 «Изменение качества жизни вследствие нарушения социального восприятия»	Фактор 2 «Изменение качества жизни вследствие астении»
Астения		0,64
Истерический тип реагирования		
Обсессивно-фобические нарушения		
Тест «Социальный интеллект» Композитная оценка	-0,89	
Физическая сфера	0,58	0,54
Психологическая сфера	0,65	0,55
Уровень независимости	0,61	0,55
Социальные отношения	0,67	0,61
Окружающая среда	0,64	0,59
Духовная сфера	0,68	0,63

Выделено 2 ведущих фактора уровня качества жизни больных неврастенией. Наиболее доминантным является фактор «Изменение качества жизни вследствие нарушения социального восприятия». Также значим фактор «Изменение качества жизни вследствие астении».

**Обсуждение.** В статусе больных неврастенией доминируют признаки психической гиперестезии. Отмечается сенсбилизация к физиологическим ощущениям и внешним раздражителям. Данный фон располагает к фиксации на головных болях, проявляется ощущение неустойчивости, шум в ушах, раздражении кожных покровов. Нарушен цикл сон/ бодрствование. Выражены суточные колебания настроения с улучшением состояния в вечернее время. Страдают физическая и умственная работоспособность. Любая нагрузка способствует ухудшению состояния.

Тревожность связана с переживанием цейтнота – дефицита времени. Попытки преодоления вызывают напряжение и усиление тревожности. Больные внимательны к собственному телу, ипохондрически фиксированы на состоянии здоровья. При высокой вероятности эпизодов тревожно-фобической настроенности, нет данных о стабильном проявлении подобных состояний. Естественным разрешением оказывается все большее проявление астении с преобладанием дистимического оттенка переживаний.

Больные неврастенией имеют отчетливые трудности декодирования эмоциональных состояний, и в том числе при считывании простой эмоции гнева. Трудности определения данной эмоции при прохождении тестов с различной ориентацией, выдают своеобразный паттерн и четко показывают, что нарушения социальной перцепции данного контингента не связаны с широтой набора деталей и уровнем сложности их шифровки.

Показана зависимость показателей социального восприятия от клинических характеристик, препятствующих концентрации внимания на деталях мимики, пантомимики и удержанию логики развития социальных ситуаций. Выявлено снижение направленности на другого человека, интереса распознавания и анализа социальной информации.

Оценки качества жизни больных неврастенией, по преобладающему числу субсфер, являются средними. В данный диапазон вошли параметры сфер духовности, окружающей среды, физической сферы и уровня независимости.

Проявляется низкая удовлетворенность познавательными функциями, характером испытываемых эмоций, образом тела и внешностью и в целом самооценкой. Обследуемые отмечают трудности в установлении личных отношений, остро переживают сниженную сексуальную активность, испытывают потребность в большей социальной поддержке. Нарушение социального восприятия обуславливает снижение уровня качества жизни больных. Тем не менее у лиц со значительно выраженным нарушением социального восприятия оценка различных аспектов жизнедеятельности в социуме завышена. Данное обстоятельство напрямую связано с падением стандартов и примирением с инвалидностью.

Таким образом, искаженное понимание контекста ситуаций межличностного взаимодействия приводит к неэффективности коммуникаций больных. Возникают депрессия, тревога перед взаимодействием с людьми. Нарастают пассивность, социальная отгороженность. В результате происходит снижение качества жизни.

**Заключение.** Больные неврастенией имеют отчетливые признаки невротического регистра, взаимосвязанные с проявлением социальной ангедонии. Получение удовольствия от общения ограничено симптомами изучаемой нозологии и эгоцентрической направленностью.

Обнаружены отчетливые трудности перцепции и интерпретации социальной информации, препятствующие антиципации. Прослеживается зависимость показателей социального восприятия от степени выраженности невротических состояний. Установлено подавляющее влияние выявленных дефицитов на качество жизни.

### **Литература:**

1. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства: учебное пособие для слушателей системы последипломного образования / Изд. 3-е, перераб., доп. – М: Медицина, 2000. – 496 с.



2. Виленский О.Г. Психиатрия. – М.: Вузовская книга, 2020. – 188 с.
3. Гаранян Н.Г., Васильева М.Н. Личностные характеристики больных рекуррентной депрессией, резистентных к медикаментозному лечению // Сибирский психологический журнал. – 2019. – Т. 31. № 27 – С. 33.
4. Жариков Н.М. Психиатрия. – М.: Медицинское информационное агентство, 2009. – 832 с.
5. Жмуров В.А. Клиническая психиатрия. – М.: Джангар, 2010. – 1270 с.
6. Ильина Н.А. Клинические аспекты «помешательства сомнений» // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С Корсокова. - 2002. - Т. 102. № 1. - С. 30—36.
7. Липгарт Н.К. Вопросы дифференцированной терапии невроза навязчивых состояний // Вопросы психотерапии. - 1966. - С. 204.
8. Мак-Каллоу Дж. Лечение хронической депрессии. М.: Спектр, 2003. – С. 22-29.
9. Пуговкина О.Д., Паламарчук Л.С. Социальный интеллект и хронификация депрессии // Консультативная психология и психотерапия. – 2013. - № 1. - С. 114—118.
10. Пуговкина О.Д., Холмогорова А.Б. Терапевтический альянс в психотерапии // Современная терапия психических расстройств. – 2019. - № 3. – С. 12-19.
11. Сагалакова О.А., Жирнова О.В., Труевцев Д.В. Психологические факторы формирования суицидального поведения при обсессивно-компульсивном и социальном тревожном расстройстве // Суицидология. – 2020. – Т. 11. № 2. – С. 82–100.
12. Цыганков Б.Д. Психиатрия. – М.: ГЭОТАР, 2019. – 696 с.
13. Abramowitz J.S., Storch E.A., Keeley M. Obsessive-compulsive disorder with comorbid major depression: What is the role of cognitive factors? // Behaviour Research and Therapy. – 2021. – Vol. 45. № 10. – P. 2253–2261.
14. Alsarraf J.J., Nilsson Y. Reflecting around the functions behind depression - A correlational study of depression, mentalization and attachment. - Linkoping: Linkoping University, 2009. – P. 72-78.

15. Fonagy P., Gergely G., Jurist E.L., Target M. Affect regulation, mentalization and the development of the self. - New York: Other Press, 2020. – P. 38-42.
16. Hansenne M. Emotional intelligence and personality in major depression: Trait versus state effects // *Psychiatry Research*. – 2007. – № 1. – P. 63—68.
17. Sternberg R.J., Smith C. Social intelligence and decoding skills in nonverbal communication. *Social cognition*. – L.: House press, 2017. - P. 168–192.
18. Strauss E. Perception of emotional words. // *Neuropsychologia*. – 2018. Vol. 21 (4). - P. 99-103.
19. Thorndike E.L. Intelligence and its use. – Reading: High academy, 2020. – P. 211–219.
20. Tipples J., Atkinson A., Young A. The eyebrow frown: a salient social signal. – L.: AST press. 2019. - P. 243-258.
21. Trower P., Birchwood M., Meaden A., Byrne S., Nelson A., Ross K. Cognitive therapy for command hallucinations: randomised controlled trial. // *British journal of psychiatry*. – 2020. Vol. 184. – P. 312-320.
22. Van Rooy D.L., Visveswaran C. Emotional intelligence: a meta-analytic investigation of predictive validity and nomological net. // *Journal of vocational behavior*. - 2020. Vol. 65 (1). - P. 71–95.
23. Wearden A.J., Tarrrier N., Barrowclough C., Zastowny T.R., Rahill A.A. A review of expressed emotion research in health care. // *Clinical psychology review*. – 2020. Vol. 20 (5). – P. 633-666.
24. Webster D.M., Kruglanski A.W. Individual differences in need for cognitive. - L.: Semantics, 2019. - P. 100–105.
25. Weissman M., Markowitz J., Klerman G. Clinician’s guide to interpersonal psychotherapy // Oxford UP. – 2019. - № 3. – P. 22-29.
26. Wells A., Myers S., Wheatley J. Metacognitive therapy in recurrent and persistent depression: a multiple-baseline study of a new treatment. // *Cognitive therapy research*. – 2019. Vol. 33. – P. 291–300.

27. Wurm L., Vakoch D. The adaptive value of lexical connotation in speech perception. // *Cognition and emotion*. - 2020. Vol. 14 (2). - P. 167-173.
28. Zobel I., Werden D., Linster H., Dykieriek P., Drieling T., Berger M., Schramm E. Theory of mind deficits in chronically depressed patients // *Depression and anxiety*. – 2010. № 27. – P. 815—823.

### References:

1. Aleksandrovskij Yu.A. Pogranichnye psichicheskie rasstrojstva: uchebnoe posobie dlya slushatelej sistemy poslediplomnogo obrazovaniya / Izd. 3-e, pererab., dop. – M: Medicina, 2000. – 496 s.
2. Vilenskij O.G. Psihiatriya. – M.: Vuzovskaya kniga, 2020. – 188 s.
3. Garanyan N.G., Vasil'eva M.N. Lichnostnye harakteristiki bol'nyh rekurrentnoj depressiej, rezistentnyh k medikamentoznomu lecheniyu // *Sibirskij psihologicheskij zhurnal*. – 2019. – T. 31. № 27 – S. 33.
4. Zharikov N.M. Psihiatriya. – M.: Medicinskoe informacionnoe agentstvo, 2009. – 832 s.
5. Zhmurov V.A. Klinicheskaya psihiatriya. – M.: Dzhangar, 2010. – 1270 s.
6. Il'ina N.A. Klinicheskie aspekty «pomeshatel'stva somnenij» // *ZHurnal nevrologii i psihiatrii im. S.S Korsokova*. - 2002. - T. 102. № 1. - S. 30—36.
7. Lipgart N.K. Voprosy differencirovannoj terapii nevroza navyazchivyh sostoyanij // *Voprosy psihoterapii*. - 1966. - S. 204.
8. Mak-Kallou Dzh. Lechenie hronicheskoy depressii. M.: Spektr, 2003. – S. 22-29.
9. Pugovkina O.D., Palamarchuk L.S. Social'nyj intellekt i hronifikaciya depressii // *Konsul'tativnaya psihologiya i psihoterapiya*. – 2013. - № 1. - S. 114—118.
10. Pugovkina O.D., Holmogorova A.B. Terapevticheskij al'yans v psihoterapii // *Sovremennaya terapiya psichicheskikh rasstrojstv*. – 2019. - № 3. – S. 12-19.
11. Sagalakova O.A., Zhirnova O.V., Truevcev D.V. Psihologicheskie faktory formirovaniya suicidal'nogo povedeniya pri obsessivno-kompul'sivnom i social'nom trevozhnom rasstrojstve // *Suicidologiya*. – 2020. – T. 11. № 2. – S. 82–100.

12. Cygankov B.D. Psihiatriya. – M.: GEOTAR, 2019. – 696 s.
13. Abramowitz J.S., Storch E.A., Keeley M. Obsessive-compulsive disorder with comorbid major depression: What is the role of cognitive factors? // Behaviour Research and Therapy. – 2021. – Vol. 45. № 10. – P. 2253–2261.
14. Alsarraf J.J., Nilsson Y. Reflecting around the functions behind depression - A correlational study of depression, mentalization and attachment. - Linkoping: Linkoping University, 2009. – P. 72-78.
15. Fonagy P., Gergely G., Jurist E.L., Target M. Affect regulation, mentalization and the development of the self. - New York: Other Press, 2020. – P. 38-42.
16. Hansenne M. Emotional intelligence and personality in major depression: Trait versus state effects // Psychiatry Research. – 2007. – № 1. – P. 63—68.
17. Sternberg R.J., Smith C. Social intelligence and decoding skills in nonverbal communication. Social cognition. – L.: House press, 2017. - R. 168–192.
18. Strauss E. Perception of emotional words. // Neuropsychologia. – 2018. Vol. 21 (4). - P. 99-103.
19. Thorndike E.L. Intelligence and its use. – Reading: High academy, 2020. – R. 211–219.
20. Tipples J., Atkinson A., Young A. The eyebrow frown: a salient social signal. – L.: AST press. 2019. - P. 243-258.
21. Trower P., Birchwood M., Meaden A., Byrne S., Nelson A., Ross K. Cognitive therapy for command hallucinations: randomised controlled trial. // British journal of psychiatry. – 2020. Vol. 184. – P. 312-320.
22. Van Rooy D.L., Visveswaran C. Emotional intelligence: a meta-analytic investigation of predictive validity and nomological net. // Journal of vocational behavior. - 2020. Vol. 65 (1). - R. 71–95.
23. Wearden A.J., Tarrrier N., Barrowclough C., Zastowny T.R., Rahill A.A. A review of expressed emotion research in health care. // Clinical psychology review. – 2020. Vol. 20 (5). – P. 633-666.

24. Webster D.M., Kruglanski A.W. Individual differences in need for cognitive. - L.: Semantics, 2019. - P. 100–105.
25. Weissman M., Markowitz J., Klerman G. Clinician's guide to interpersonal psychotherapy // Oxford UP. – 2019. - № 3. – P. 22-29.
26. Wells A., Myers S., Wheatley J. Metacognitive therapy in recurrent and persistent depression: a multiple-baseline study of a new treatment. // Cognitive therapy research. – 2019. Vol. 33. – P. 291–300.
27. Wurm L., Vakoch D. The adaptive value of lexical connotation in speech perception. // Cognition and emotion. - 2020. Vol. 14 (2). - P. 167-173.
28. Zobel I., Werden D., Linster H., Dykieriek P., Drieling T., Berger M., Schramm E. Theory of mind deficits in chronically depressed patients // Depression and anxiety. – 2010. № 27. – P. 815—823.