

## Глубинно-психологические факторы нарушений межличностных отношений у больных дистимией

**Е.Ю. Антохин** – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры психиатрии и медицинской психологии ГОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия Росздрава», г. Оренбург

**А. В. Васильева** – кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник ФГУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева», г. Оренбург

**П. В. Харин** – врач-психотерапевт отделения неврозов и психотерапии ГУЗ

«Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница № 1», г. Оренбург

**В. А. Попова** – клинический психолог отделения неврозов и психотерапии ГУЗ

«Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница № 1», г. Оренбург

**В. К. Авеличев** – заведующий отделением неврозов и психотерапии ГУЗ

«Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница № 1», г. Оренбург

**Э. Т. Байдавлетова** – клинический психолог отделения неврозов и психотерапии ГУЗ

«Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница № 1», г. Оренбург

## Depth-psychological factors of dysthymic individuals' abnormal interpersonal attitudes

**E.Yu. Antokhin, A.V. Vasilyeva, P.V. Harin, V.A. Popova, V.K. Avelichev, E.T. Baydavletova**

### Резюме

С целью оценки влияния глубинно-психологических факторов на сферу межличностных отношений у больных дистимией обследовано 50 пациентов (экспериментальная группа) и 50 здоровых лиц (группа сравнения). Методы: клинико-психопатологический (опросник SCL-90-R), экспериментально-психологический (опросник ISTA, опросник Басса-Дарки, опросник Бочарова), статистический (критерий U-Манна-Уитни, корреляционный и дисперсионный анализы). Установлено: у больных с дистимией бессознательные центральные Я-функции приобретают выраженный деструктивный или дефицитарный характер. Им свойственны низкая агрессивность и относительно высокий уровень враждебности. Отмечаются эмоциональная закрытость, недоверие к окружающим, неуверенность в себе вследствие недостаточно развитой способности самоидентификации, способности развивать представления о собственной личности, недостаточно гибкой регуляции собственной активности, необходимой для интеграции психической жизни, – с одной стороны, и выраженной обиды и подозрительности – с другой. Эти психологические особенности не только приводят к социально-психологической дезадаптации, но и подкрепляются неадаптивными паттернами поведения в условиях межличностных отношений.

**Ключевые слова:** глубинно-психологические факторы, межличностные отношения, дистимия.

### Resume

The purpose of research was to study destructive and deficiency person's factors of patients with dysthymia. There were investigated 50 patients (basic group) and 50 healthy subjects (control group). We used clinical-psychopathological (Symptom Checklist-90-Revised), experimental-psychological (ISTA Questionnaire, Buss&Durkee Aggression Questionnaire), statistical (descriptive statistics, Mann-Whitney U test) methods. It was estimated that unconscious central ego-functions of patients with dysthymia get expressed destructive or deficiency character. Low aggression and comparatively high level of animosity are peculiar to the patients with dysthymia. Patients with dysthymia are characterized by emotional stand-off, distrust to somebody, self-doubt as a result of insufficiently advanced ability of self-identification, inability to develop representations about own person, insufficiently flexible regulation of inherent activity, which is necessary for integration of mental life- on the one part, and expressed insult and suspiciousness - on the other part.

This psychological peculiarity is supported with not adaptive patterns of behavior in the conditions of interpersonal relations and result in socio-psychological disadaptation.

**Keywords:** distractive, deficiently factors of interpersonal attitudes, dysthymia.

### Введение

Проблема связи глубинно-психологических факторов (агрессии, враждебности, нарциссизма, тревоги) и депрессии, впервые сформулированная З. Фрейдом [1], до сих пор остается актуальной. Существует мнение, что для депрессивного расстройства не харак-

терны агрессивные действия, за исключением суицидальных тенденций, которые расцениваются как проявления аутоагрессии [2, 3, 4]. Другие же авторы, напротив, считают, что при депрессии уровень агрессии повышен и, наряду с прямыми ее проявлениями, у больных наблюдаются раздражительность и негативизм [5, 6, 7].

На вопрос о связи враждебности и депрессии большинство исследователей, за редким исключением, отвечают положительно. Впервые эта проблема была рассмотрена в рамках психодинамического подхода.

Ответственный за ведение переписки -

Антохин Е.Ю.

460051, г.Оренбург, ул.Газовиков дом 22 кв.97.

E-mail: antioh73@rambler.ru

Согласно З. Фрейду [8], враждебность и негативные эмоции, возникающие в отношении утраченного объекта любви, обращаются на себя посредством механизма интроекции, что и является основной причиной, как депрессии, так и аутоагрессии.

В начале 1960-х гг. было предложено различать враждебность, направленную вовне, и враждебность, направленную на себя, – экстра- и интропунитивность соответственно [9]. В рамках психоаналитического подхода депрессия связывалась с интропунитивной враждебностью. Показано, что при депрессии показатели интропунитивной враждебности значительно превышают норму и доминируют над показателями экстрапунитивности [7]. В то же время, депрессивные больные раздражительны, обидчивы, подозрительны, нередко вербально агрессивны, что явно свидетельствует об экстрапунитивной враждебности [5,7]. Была обнаружена связь депрессии с обоими типами враждебности [10].

При представлении Г. Аммоном своей гуманистической динамической модели личности автор придавал большое значение оценке межличностных отношений индивида [11, 12, 13]. Межличностные отношения – это достаточно объемная и разнообразная сфера жизнедеятельности человека как личности, которая формируется, развивается в процессе общения, деятельности и взаимодействия людей, одновременно в процессе и результате видоизменяет особенности личности, в свою же очередь сфера межличностных отношений является сферой проявлений личности [1, 14, 15].

Актуальность темы обусловлена и тем, что в условиях психиатрического стационара существует необходимость комплексного подхода к лечению больных дистимией с усовершенствованием и адаптацией краткосрочных психотерапевтических техник, применяемых в рамках психодинамического направления [16, 17].

**Цель исследования:** оценка влияния глубинно-психологических факторов на сферу межличностных отношений у больных с дистимией.

В качестве глубинно-психологических факторов выступают: деструктивного (разрушающего, дезинтегрирующего) или дефицитарного (недостаточно) характера агрессия, тревога, внешнее и внутреннее Я-отграничение, нарциссизм, сексуальность и компоненты агрессивности и враждебности [9, 11, 12, 13, 18, 19].

## Материал и методы исследования

Обследовано 50 больных в возрасте от 38 до 62 лет (средний возраст 49,29±5,87 лет; 10 (20,0%) мужчин и 40 (80%) женщин) находящихся на лечение повторно в психотерапевтическом отделении Оренбургской областной клинической психиатрической больницы № 1 (главный врач Прусс Г.Б.). Длительность заболевания 4,8±1,2 лет. Пациенты составили экспериментальную группу. В качестве группы сравнения обследо-

вано 50 здоровых лиц в возрасте от 34 до 61 года (средний возраст 48,12 ± 6,53 года; 10 (20%) мужчин и 40 (80%) женщин). При этом две выборки сопоставимы между собой по полу и социально-демографическим параметрам.

Критериями включения пациентов в исследование являлось соответствие клинических проявлений рубрике МКБ-10 - F 34.1 «Дистимия» [20].

Из исследования были исключены случаи, при которых в анамнезе больных имелись указания на манифестные шизофренические психозы, больные с соматоневрологической патологией, сопровождающейся выраженными нарушениями функций поражённой системы, а также больные с сопутствующими диагнозами алкогольной и/или наркотической зависимости.

Для достижения поставленной в исследовании цели были использованы следующие методы: клинико-психопатологический, включающий опросник SCL-90-R, экспериментально-психологический (опросник Я-структуры личности Г.Аммона (ISTA), опросник агрессивности и враждебности Басса-Дарки, опросник Бочарова В.В. «Межличностные отношения»). Степень обоснованности и достоверности результатов исследования подтверждена статистической обработкой полученных данных на основе программы STATISTICA 6.0 for Windows. Применялись методы описательной статистики (расчёт среднего значения и стандартного отклонения с количественным анализом данных). Достоверность различий сравниваемых показателей оценивалась с помощью непараметрического критерия для независимых выборок U-Манна-Уитни. Применялись метод корреляционного анализа – непараметрический критерий г Спирмена (метод ранговой корреляции) для выявления статистически значимых взаимосвязей между полученными данными, метод многофакторного дисперсионного анализа (ANOVA) для оценки влияния уровня агрессивности и враждебности и их составляющих компонентов, степени деструктивности-дефицитарности компонентов функционирования личности на особенности и степень нарушений в сфере межличностных отношений. В качестве значимых принимались результаты со степенью достоверности не ниже 95% ( $p < 0,05$ ) [21].

## Результаты

Большинство данных опросника SCL – 90 - R экспериментальной группы достоверно с высокой значимостью ( $p < 0,01$ ) отличаются от группы здоровых лиц, что подтверждает изменения психической деятельности обследуемых экспериментальной группы (табл.1, рис.1). Статистически значимые различия получены по показателям следующих шкал: соматизация (SOM), обсессивность-компульсивность (O-C), интерперсональная сензитивность (INT), депрессия (DEP), тревожность (ANX), ФНОВ (фобическая тревожность), психотизм (PSY), индекс выраженности симптомов (GSI). Показатели по шкале депрессия (DEP) в группе пациентов в большей степени (по сравнению с дру-

Таблица 1. Соотношение групп по средним показателям шкал SCL-90-R

группы	Экспериментальная группа		Группа сравнения	
	М	$\sigma$	М	$\sigma$
СOM	1,62*	0,92	1,03*	0,66
O-C	1,60*	0,86	0,91*	0,63
INT	1,44*	0,81	0,82*	0,62
DEP	2,08*	0,63	0,78*	0,44
ANX	1,83*	0,97	0,76*	0,59
HOS	0,84	0,65	0,81	0,67
PHOB	1,21*	0,88	0,60*	0,75
PAR	1,05	0,88	0,76	0,60
PSY	0,97*	0,72	0,49*	0,40
Индекс GSI	1,46*	0,71	0,80*	0,51

Примечания: \* -  $p < 0,01$ . М – среднее значение,  
 $\sigma$  – стандартное отклонение.

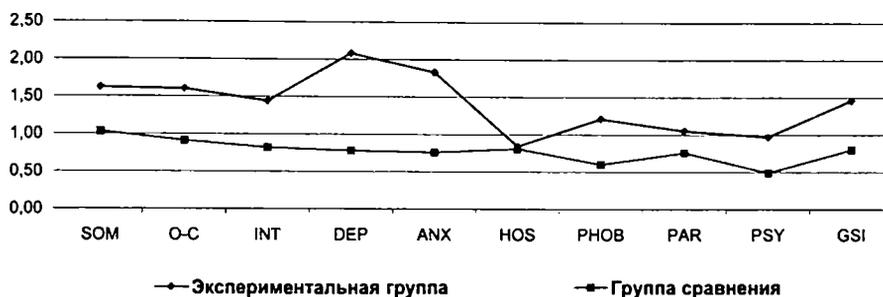


Рисунок 1. Сопоставление групп по уровню выраженности средних показателей шкал SCL-90-R

Таблица 2. Соотношение групп по средним показателям шкал опросника ИСТА

Название шкалы	Экспериментальная группа		Группа сравнения	
	М	$\sigma$	М	$\sigma$
Конструктивная агрессия (A1)	34,74*	13,64	48,15*	9,96
Деструктивная агрессия (A2)	54,91	8,55	52,00	9,15
Дефицитарная агрессия (A3)	66,12*	11,92	53,27*	9,70
Конструктивная тревога (C1)	40,59*	10,01	48,45*	8,39
Деструктивная тревога (C2)	74,94*	15,23	52,45*	8,71
Дефицитарная тревога (C3)	55,18	12,20	51,03	8,73
Конструктивное ограничение воле (O1)	40,56*	10,82	45,67*	7,56
Деструктивное ограничение воле (O2)	68,24*	12,34	53,42*	10,45
Дефицитарное ограничение воле (O3)	65,65*	12,01	53,30*	8,45
Конструктивное ограничение вовнутрь (O'1)	36,24*	13,82	46,73*	8,98
Деструктивное ограничение вовнутрь (O'2)	69,29*	12,07	53,39*	10,29
Дефицитарное ограничение вовнутрь (O'3)	62,53*	11,47	52,36*	10,27
Конструктивный нарциссизм (N1)	34,29*	12,52	48,88*	9,82
Деструктивный нарциссизм (N2)	68,79*	13,40	53,67*	9,20
Дефицитарный нарциссизм (N3)	68,21*	14,06	52,12*	10,22
Конструктивная сексуальность (S1)	32,88*	13,03	45,85*	10,08
Деструктивная сексуальность (S2)	43,41	9,92	46,97	10,33
Дефицитарная сексуальность (S3)	59,82	13,23	52,15	9,00

Примечания: \* -  $p < 0,01$ . М – среднее значение,  
 $\sigma$  – стандартное отклонение.

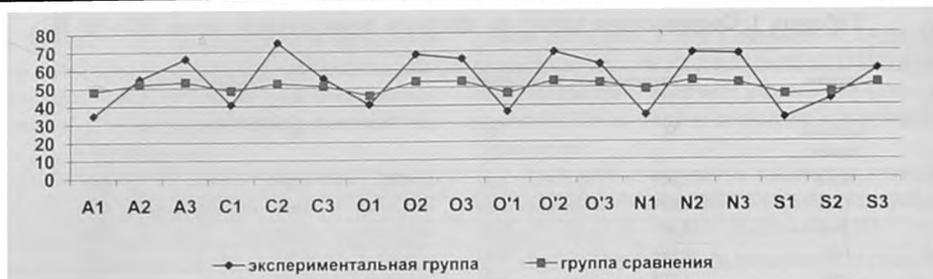


Рисунок 2. Сопоставление групп по уровню выраженности средних показателей шкал опросника ISTA (обозначения шкал в таблице 2)

гими шкалами) превосходят данные группы сравнения. Показатели шкал враждебности (HOS) и паранойальности (PAR) экспериментальной группы также превышают показатели группы сравнения, но не имеют статистически достоверной значимости ( $p > 0,05$ ).

Изучение деструктивных и дефицитарных факторов проведено с помощью опросника Я-структуры личности Г.Аммона (ISTA). Статистически значимые ( $p < 0,05$ ) различия получены по показателям следующих шкал (табл.2): конструктивности, деструктивности, дефицитарности агрессии (A1, A2, A3), конструктивности, деструктивности тревоги (C1, C2), конструктивности, деструктивности, дефицитарности отграничения вовне (O1, O2, O3), отграничения вовнутрь (O'1, O'2, O'3) и нарциссизма (N1, N2, N3), конструктивной сексуальности (S1). Рисунок 2 отражает превышение или регресс в отношении нормативного диапазона (40-60 Т-баллов) показателей многих шкал опросника ISTA экспериментальной группы, а в группе сравнения значения по шкалам находятся в пределах нормы.

Таким образом, преобладающими составляющими (вариантами) центральных Я-функций у пациентов с дистимией являются деструктивные и дефицитарные компоненты. В большинстве случаев выраженный деструктив-

ный характер носят тревога, внутреннее Я-отграничение и нарциссизм, а дефицитарный характер – агрессия, внешнее Я-отграничение и сексуальность.

Исследование компонентов агрессивности и враждебности у больных дистимией проведено опросником Басса-Дарки. Сравнение данных, полученных в результате исследования больных дистимией и здоровых показало, что статистически значимые различия ( $p < 0,05$ ) существуют между шкалами: физическая агрессия, вербальная агрессия, чувство вины и индексом агрессивности (таб. 3). В экспериментальной группе составляющие агрессивности (физическая агрессия, вербальная агрессия, косвенная агрессия, раздражение) и враждебности (обида, подозрительность) не имеют достаточно сильной выраженности. Но стоит отметить, что показатели шкал «обида» и «подозрительность», составляющие индекс враждебности, все же приобретают большие по сравнению с другими значения за исключением шкалы «чувство вины», которая не описывает напрямую ни агрессивность, ни враждебность.

Исследование компонентов межличностной сферы у больных дистимией проведено опросником В.В.Бочарова «Межличностные отношения», который позволяет выявить, какие проблемы и изменения в меж-

Таблица 3. Сопоставление групп по уровню выраженности средних показателей шкал опросника Басса-Дарки

Название шкалы	Экспериментальная группа		Группа сравнения	
	М	$\sigma$	М	$\sigma$
Физическая агрессия (ФА)	0,41**	0,22	0,53**	0,22
Косвенная агрессия (КА)	0,47	0,22	0,45	0,20
Раздражение (Р)	0,51	0,22	0,50	0,23
Негативизм (Н)	0,46	0,28	0,55	0,25
Обида (О)	0,62	0,22	0,57	0,21
Подозрительность (П)	0,55	0,21	0,49	0,25
Вербальная агрессия (ВА)	0,46*	0,21	0,60*	0,19
Чувство вины (ЧВ)	0,84*	0,15	0,71*	0,16
Индекс агрессивности (ИА)	15,79**	5,19	18,88**	5,92
Индекс враждебности (ИВ)	10,47	3,46	9,73	3,65

Примечания: \* -  $p < 0,01$ ; \*\* -  $p < 0,05$ .

М – среднее значение,  $\sigma$  – стандартное отклонение.

Таблица 4. Сопоставление групп по уровню выраженности средних показателей шкал опросника Бочарова

Шкалы	Экспериментальная группа		Группа сравнения	
	М	$\sigma$	М	$\sigma$
РА – «автократичность»	9,03	5,42	11,79	6,26
ВС – «конкурирующий»	11,18	4,67	10,45	6,19
DE – «холодность»	13,85	6,40	11,12	5,16
FG – «социальное избегание»	15,79*	6,74	10,67*	5,55
HI – «неуверенность»	17,41**	5,86	13,97**	5,65
IK – «уступчивость»	16,18*	5,42	12,39*	5,09
LM – «заботливый»	16,68**	4,01	13,94**	4,28
NO – «экспрессия»	14,00	3,96	12,58	4,47
Индекс PPges	14,26*	3,74	12,09*	3,55

Примечания: \* -  $p < 0,01$ ; \*\* -  $p < 0,05$ .

М – среднее значение,  $\sigma$  – стандартное отклонение.

Таблица 5. Статистически значимые взаимосвязи между показателями шкал опросников ИСТА, Басса-Дарки (первые переменные) и Бочарова (вторые переменные)

Первые переменные	Вторые переменные
Деструктивная агрессия	«социальное избегание» (r 0,37), «неуверенность» (r 0,46), индекс PPges (r 0,47).
Дефицитарная агрессия	«конкурирующий» (r 0,44), «холодность» (r 0,37), «социальное избегание» (r 0,43), индекс PPges (r 0,46).
Деструктивная тревога	«конкурирующий» (r 0,35), «холодность» (r 0,37), «социальное избегание» (r 0,76), «неуверенность» (r 0,64), «уступчивость» (r 0,61), «заботливый» (r 0,37), «экспрессия» (r 0,37), индекс PPges (r 0,74).
Дефицитарная тревога	«автократичность» (r 0,41), «социальное избегание» (r 0,36), индекс PPges (r 0,45).
Деструктивное внешнее Я-отграничение	«конкурирующий» (r 0,37), «холодность» (r 0,55), «социальное избегание» (r 0,65), индекс PPges (r 0,46).
Дефицитарное внешнее Я-отграничение	«социальное избегание» (r 0,54), «неуверенность» (r 0,53), «уступчивость» (r 0,54), «заботливый» (r 0,38), индекс PPges (r 0,46).
Деструктивное внутреннее Я-отграничение	«конкурирующий» (r 0,52), «холодность» (r 0,48), «социальное избегание» (r 0,53), индекс PPges (r 0,50).
Деструктивный нарциссизм	«автократичность» (r 0,37), «конкурирующий» (r 0,38), «холодность» (r 0,39), «социальное избегание» (r 0,59), «неуверенность» (r 0,6?), «уступчивость» (r 0,43), «заботливый» (r 0,41), индекс PPges (r 0,64).
Дефицитарный нарциссизм	«автократичность» (r 0,34), «конкурирующий» (r 0,51), «холодность» (r 0,61), «социальное избегание» (r 0,72), «неуверенность» (r 0,39), индекс PPges (r 0,64).
Косвенная агрессия	«неуверенность» (r 0,37), «заботливый» (r 0,36), индекс PPges (r 0,39).
Раздражение	«социальное избегание» (r 0,55), «неуверенность» (r 0,50), «уступчивость» (r 0,42), «экспрессия» (r 0,34), индекс PPges (r 0,55).
Обида	«автократичность» (r 0,54), «конкурирующий» (r 0,35), «холодность» (r 0,38), «социальное избегание» (r 0,54), «неуверенность» (r 0,55), «уступчивость» (r 0,37), «заботливый» (r 0,36), индекс PPges (r 0,62).
Подозрительность	«автократичность» (r 0,50), «конкурирующий» (r 0,35), «холодность» (r 0,51), «социальное избегание» (r 0,62), «неуверенность» (r 0,44), индекс PPges (r 0,57).
Вербальная агрессия	«автократичность» (r 0,45).
Чувство вины	«автократичность» (r 0,40), «уступчивость» (r 0,36), индекс PPges (r 0,37).
Индекс агрессивности	«автократичность» (r 0,42).
Индекс враждебности	«автократичность» (r 0,63), «конкурирующий» (r 0,39), «холодность» (r 0,51), «социальное избегание» (r 0,62), «неуверенность» (r 0,54), «уступчивость» (r 0,37), индекс PPges (r 0,67).

Таблица 6. Статистически значимые влияния по результатам дисперсионного анализа

Влияющие переменные	Зависимые переменные
Деструктивная тревога	«автократичность», «социальное избегание», «неуверенность», индекс PPges.
Деструктивное внешнее Я-ограничение	«конкурирующий», «социальное избегание».
Дефицитарное внешнее Я-ограничение	«холодность», «социальное избегание», «неуверенность», индекс PPges.
Деструктивное внутреннее Я-ограничение	«социальное избегание».
Деструктивный нарциссизм	«неуверенность», «уступчивость», индекс PPges.
Дефицитарный нарциссизм	«социальное избегание».
Обида	«конкурирующий», «социальное избегание», индекс PPges.
Подозрительность	«холодность», «социальное избегание», индекс PPges.
Чувство вины	«уступчивость», индекс PPges.
Индекс враждебности	«социальное избегание», «уступчивость», индекс PPges.

личностной сфере и в какой мере беспокоят человека. Статистически значимые результаты получены по шкалам: FG-«социальное избегание», HI-«неуверенность», IK-«уступчивость», LM-«заботливый» и индекса выраженности межличностных проблем PPges (U-критерий Манна-Уитни;  $p < 0,05$ ). При сопоставлении средних значений в группе по каждому показателю (таб. 4) можно увидеть, что величина значения по всем шкалам (кроме PA) в экспериментальной группе превосходит соответствующие значения в группе сравнения. При этом относительно высокие значения в экспериментальной группе приобретают шкалы «неуверенность», «уступчивость» и «заботливый».

Таким образом, большинство больных дистимией в исследуемой группе имеют нарушения (или тенденцию к нарушениям) той или иной стороны межличностных отношений, причем в большей степени нарушения, диагностируемые по шкалам «неуверенность», «социальное избегание», «уступчивость» и «заботливый».

С целью изучения взаимосвязи деструктивных и дефицитарных факторов и нарушений межличностных отношений у больных дистимией проведен корреляционный анализ полученных данных посредством применения непараметрического статистического критерия  $\gamma$  Спирмена. Между конструктивными компонентами центральных Я-функций и нарушениями межличностных отношений установлены обратные корреляции (таб. 5) по шкалам «конструктивное внутреннее Я-ограничение» - «заботливый» ( $r -0,37$ ), «конструктивный нарциссизм» - «уступчивость» ( $r -0,42$ ), «конструктивная сексуальность» - «конкурирующий» ( $r -0,41$ ).

Взаимосвязи, обнаруженные в результате корреляционного анализа, позволили на их основе провести дисперсионный анализ (ANOVA) полученных дан-

ных, который предназначен для исследования влияния каких-либо факторов на изучаемые признаки. В качестве факторов, оказывающих влияние на характер и степень проявления нарушений в межличностных отношениях, в исследовании принимаются деструктивные и дефицитарные компоненты бессознательных центральных Я-функций и составляющие агрессивности и враждебности как черт личности.

Статистически значимые влияния одних переменных на другие принимались на уровне  $p < 0,05$ . В качестве влияющих переменных взяты деструктивные и дефицитарные компоненты бессознательных центральных Я-функций и составляющие агрессивности и враждебности как черт личности; а в качестве зависимых переменных – нарушения в межличностных отношениях (таб. 6).

Как видно из таблицы 6, деструктивные и дефицитарные компоненты всех центральных Я-функций (за исключением функции агрессии и сексуальности), а также составляющие враждебности являются факторами, ведущими к нарушениям межличностных отношений. Основными нарушениями, к которым ведут деструктивные и дефицитарные составляющие функционирования личности больных с дистимией, являются нарушения межличностных отношений, описываемые шкалами: «социальное избегание», «неуверенность», «уступчивость». Причем большинство выделенных факторов ведут к нарушениям не только какой-либо одной сферы, но и способствуют увеличению качественного разнообразия затруднений (об этом свидетельствует зависимость от выделенных факторов индекса выраженности межличностной проблематики PPges). Нарушения, описываемые шкалой «социальное избегание», обусловлены деструктивными тревогой, внешним и внутренним Я-ограничением, дефицитарными внешним Я-ограничением и нарциссиз-

мом, обидой и подозрительностью, общей враждебностью. К трудностям, описываемым шкалой «неуверенность», ведут деструктивные тревога и нарциссизм, дефицитарное внешнее Я-отграничение. К затруднениям, описываемым шкалой «уступчивость» приводят деструктивный нарциссизм, чувство вины и общая враждебность. Нарушения по типу «конкурирующий» определяются деструктивным внешним Я-отграничением и обидой. «Автократичность» обусловлена деструктивной тревогой, а «холодность» – дефицитарным внешним Я-отграничением и подозрительностью. Стоит заметить, что агрессивность (с низким уровнем выраженности) у больных не оказывает влияния на сферу межличностных отношений, в отличие от обиды и подозрительности, составляющих враждебность, с относительно сильной выраженностью. Таким образом, деструктивные и (или) дефицитарные компоненты функционирования личности больных дистимией приводят к выраженным нарушениям межличностных отношений, таким как, описываемым шкалами «социальное избегание», «неуверенность» и «уступчивость».

### Обсуждение результатов исследования

По результатам проведенного исследования установлено, что для пациентов с дистимией характерно наличие центральных Я-функций деструктивного и (или) дефицитарного характера, что приводит (или может привести) к деформации личностной структуры, дезинтеграции процесса становления Я-идентичности, либо препятствует становлению личности (по Г.Аммону). Выявленная деструктивность и дефицитарность центральных Я-функций во многом определяется особенностями психической деятельности данных лиц в измененных болезнью условиях. Об этом может свидетельствовать полученная статистически значимая корреляционная связь между показателями деструктивности, дефицитарности большинства Я-функций и индексом выраженности психопатологической симптоматики GSI. Для большей части больных свойственны деструктивные тревога, внутреннее Я-отграничение и нарциссизм, т.е. утрата функции глубокой регуляции уровня активности, необходимой для интеграции психической жизни личности в ситуациях, связанных с переживанием тревоги; отделение сознающего Я от остальных интрапсихических структур; искажение или нарушение возможности личности реалистично ощущать, воспринимать и оценивать себя. Также для многих лиц характерно преобладание дефицитарных агрессии, внешнего Я-отграничения и сексуальности. Это проявляется в ограничении реализации имеющегося потенциала активности, поиска объектов и взаимодействия с ними; в недостаточности (сверхпроницаемости) внешней границы Я, ведущей к нарушению процесса регуляции отношений личности с внешней реальностью; в принятии своей и чужой телесности, т.е. максимально возможном отказе от реальных сексуальных контактов. Таким образом, исходя из того, что у условно здоровых лиц не обнаружены пер-

численные выше особенности, можно отметить, что у больных в условиях болезненно измененной психической деятельности выявляются нарушения осознания собственной идентичности, нарушения границ Я, что ведет к дезинтеграции личностной целостности, и как следствие, приводит (может привести) к нарушениям социально-психологической адаптации.

Другой особенностью больных дистимией является то, что среди них достаточно много лиц с одновременным преобладанием и деструктивности, и дефицитарности таких центральных Я-функций, как внутреннее и внешнее Я-отграничение и нарциссизм. Опираясь на гуманструктурную теорию Г.Аммона [11, 12, 13, 22], можно предположить, что для данных лиц характерны еще большая дезинтеграция становления Я-идентичности, более выраженное нарушение личностной целостности, которые со значительной долей вероятности могут привести к социально-психологической дезадаптации. Особенно характерной как лицам с низким уровнем агрессивности, так и лицам с высоким уровнем враждебности, является наличие у них выраженного чувства вины. Возможно, это связано с присущими в преморбиде лицам с подобным расстройством добросовестностью, высоким чувством долга, ответственностью, в основе которых лежат повышенная тревожность, неуверенность, склонность к сомнениям, трудность принятия решения, сензитивность [23, 24, 25, 26].

Изучение нарушений межличностных отношений показало, что практически все лица с дистимией имеют затруднения в том или ином аспекте межличностного взаимодействия и общения. По сравнению с условно здоровыми людьми больные дистимией имеют следующие затруднения в межличностных отношениях:

- 1) присоединения к группе (любой социальной), самому представляться в группе и быть открытым, открыто выражать собственные чувства, сближаться с другими, страх и робость перед другими людьми;
- 2) обнаружение собственных потребностей, установление границы, уверенности вести себя, указывать другим на их проблемы, давать указания и распоряжения, проявлять агрессию;
- 3) отказа демонстрации раздражения в отношении других, страх обидеть и оскорбить, чувство податливости уговорам или переубеждению со стороны окружающих, ощущение собственной чрезмерной доверчивости;
- 4) трудности в установлении другим границ, предъявлении другим собственных требований; в сочетании с потребностью выражения чувств, стремлением нравиться другим, доверять им.

При оценке влияния деструктивных и (или) дефицитарных составляющих центральных Я-функций, агрессивности и враждебности на характер и степень нарушений межличностных отношений установлено, что основными нарушениями сферы межличностных отношений, обусловленными деструктивным или дефицитарным характером центральных Я-функций, а также и враждебности, являются нарушения, описыва-

смые с помощью шкал «социальное избегание», «неуверенность» и «уступчивость», а также «конкурирующий», «холодность». То есть у больных дистимией вследствие нарушенных в условиях болезни центральных Я-функций и деструктивного характера составляющих враждебности присутствуют затруднения в межличностных отношениях. При этом различные деструктивные или дефицитарные компоненты обуславливают нарушения по-разному и в разных сочетаниях. Так, недостаточность функции гибкой регуляции уровня активности, необходимой для интеграции психической жизни личности (деструктивная тревога), сверхпроницаемость (открытость) внешней границы Я (дефицитарное внешнее Я-отграничение), искажение (нарушение) возможности личности реалистично ощущать, воспринимать и оценивать себя (деструктивный нарциссизм) у больных дистимией ведут к проблеме уверенного поведения. Трудности присоединения к группе, в открытом выражении чувств, закрытость обусловлены недостаточностью функции гибкой регуляции уровня активности, необходимой для интеграции психической жизни личности (деструктивная тревога), жесткой закрытостью либо, наоборот, чрезмерной открытостью границ Я-личности, недостаточной способностью формирования целостного отношения

к себе, (дефицитарный нарциссизм), а также выраженной обидой и подозрительностью в отношении окружающих. Это приводит к парадоксальной связанности с выраженным чувством вины, что вызывает у больных чувство податливости уговорам или переубеждению со стороны окружающих, ощущение собственной чрезмерной доверчивости, боязнь обидеть или оскорбить кого-либо.

## Заключение

Таким образом, у больных дистимией отмечаются трудности взаимодействия с людьми, эмоциональная закрытость, недоверие к окружающим, неуверенность в себе вследствие недостаточно развитой способности самоидентификации, способности развивать представления о собственной личности, недостаточно гибкой регуляции собственной активности, необходимой для интеграции психической жизни, – с одной стороны, и выраженной обиды и подозрительности – с другой стороны. Эти психологические особенности не только приводят к социально-психологической дезадаптации, что видно уже по выявленным нарушениям межличностного взаимодействия и общения, но и подкрепляются неадаптивными паттернами поведения в условиях межличностных отношений. ■

## Литература:

1. Гаран Н.Г. Депрессии и личность: обзор зарубежных исследований. Часть 1. Социальная и клиническая психиатрия. 2009; 1: 79-89.
2. Нуллер Ю.Л., Михаленко И.Н. Аффективные психозы; Л.: «Медицина», 1988.
3. Пирогова О.Н. Глубинно-психологические источники субъективных мотивов суицидального поведения. Уральский медицинский журнал. 2007; 4 (32): 3-7.
4. Смулевич А.Б. Депрессии в общемедицинской практике: Руководство для врачей; М., 2000.
5. Абрамова А.А. Агрессивность при депрессивных расстройствах: Автореф. ...канд.психол.наук; М., 2005.
6. Ваксман А.В. Враждебность и агрессивность в структуре депрессии: Автореф. ...канд.психол.наук; М., 2005.
7. Кузнецова С.О. Психологические особенности враждебности при психической патологии. Вопросы психологии. 2007; 5: 18-26.
8. Freud S. (Фрейд З.) Печаль и меланхолия. В: Суицид: Хрестоматия по суицидологии. К.: А.Л.Д.; 1996. 149-160.
9. Buss A.H. The psychology of aggression. N.Y. Wiley; 1961.
10. Ениколопов С.Н. Психологи враждебности в медицине и психиатрии. Терапи психических расстройств. 2007; 1: 18-22.
11. Ammon G. (Аммон Г.) Динамическая психиатрия. Пер. с нем. СПб., изд-во Психоневрологического НИИ им. В.М. Бехтерева, 1995.
12. Ammon G. Handbuch der dynamischen Psychiatrie. Hrsg. G. Ammon: Bd. 2. München: Reinhardt. 1982.
13. Burbiel I. et al. Stationäre Psychotherapie der Psychosen. Eine testpsychologische katamnestiche Untersuchung. In: Dynamische Psychiatrie, 1992, 25: 214-76.
14. Bandura A. Aggression: Social learning analysis. N.Y., 1973.
15. Klein M., Wonderlich S., Shea T. Models of relationships between personality and depression: toward a framework for theory and research. Personality and depression. In: M.Klein, D. Kupfer, T. Shea (Eds). N.Y.-London: Guilford Press, 1993: 1-45.
16. Решетников М.М. Психодинамика и психотерапия депрессий. СПб: Восточно-Европейский Институт Психодинамики, 2003.
17. Angst J., Gamma A., Bennazi F., Atypical depressive syndromes in varying definitions. Eur. Arch. Psychiatry. Clin. Neurosci. 2006; 256: 44-54.
18. Николаев Е.Л. О психологическом подходе к оценке психического здоровья населения. Социальная и клиническая психиатрия. 2006; 3: 38-45.
19. Zillmann D. Hostility and aggression. N.Y., 1979.
20. Нуллер Ю.Л., Циркин С.Ю. (ред.) Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. СПб. 1994.
21. Боровиков В. STATISTICA. Искусство анализа данных на компьютере: Для профессионалов. 2-е изд. СПб.: Питер, 2003.
22. Аммон М., Бабин С.М., Казаковцев Б.А. Психотерапия в Оренбургской области и модель динамической психиатрии Г. Аммона: взаимодействие и интеграции. Российский психиатрический журнал. 2004; 3: 59-63.
23. Смулевич А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. М.: Медицинское информационное агентство, 2003.
24. Henkel V., Mergl R., Coyne G.C. et al. Depression with atypical features in a sample of primary care outpatients: prevalence, specific characteristics and consequences. J. Affect Disord. 2004; 83: 237-242.
25. Barefoot J.C. Developments in the measurement of hostility. In: H.S. Friedman Hostility, coping and health. Washington: Amer. Psycho Assoc. 1992: 13-31.
26. Краус А. Новые психопатологические концепции личности больных маниакально-депрессивным психозом. Журн. невропатол. и психиатр. 1996; 6: 70-6.