

## ОСОБЕННОСТИ ГЛУБИННО-ЛИЧНОСТНЫХ СТРУКТУР БОЛЬНЫХ ДИСТИМИЕЙ

**Обследовано 50 больных дистимией и 50 здоровых лиц. Установлено: у больных дистимией бессознательные центральные Я-функции приобретают выраженный деструктивный или дефицитарный характер. Им свойственны низкая агрессивность и относительно высокий уровень враждебности. При этом выражено чувство вины в основе которой лежат повышенная тревожность, неуверенность, склонность к сомнениям, трудность принятия решения, сензитивность.**

**Ключевые слова:** глубинно-личностные структуры, дистимия.

### Введение

Депрессивные расстройства – наиболее распространенная форма психических заболеваний, дистимические же депрессии занимают в спектре аффективных нарушений одно из ведущих мест [1–3]. Основное внимание в исследованиях уделяется выявлению этиопатогенетических факторов аффективной патологии, особенностям клиники и течения депрессии у разных по социально-демографическим параметрам и принадлежности к различным нозологическим категориям лиц [4, 6–8]. Но недостаточно исследований особенно отечественных, посвященных изучению бессознательных психологических механизмов у депрессивного больного, которые могут оказывать существенное влияние на клинические проявления различных вариантов депрессии. Тем более что в условиях болезненно измененной личности эти глубинные механизмы носят зачастую деструктивный и (или) дефицитарный характер, что, несомненно, сказывается на эффективности социального функционирования индивида и может приводить к ухудшению состояния [3, 5, 9].

**Цель исследования:** изучение глубинно-личностных структур больных дистимией.

В качестве глубинно-личностных структур выступают: деструктивного (разрушающего, дезинтегрирующего) или дефицитарного (недостаточного) характера агрессия, тревога, внешнее и внутреннее Я-отграничение, нарциссизм, сексуальность и компоненты агрессивности и враждебности [5].

### Материал и методы исследования

Обследовано 50 больных в возрасте от 38 до 62 лет (средний возраст 49,29±5,87 года;

10 (20,0%) мужчин и 40 (80%) женщин), находящихся на лечении в психотерапевтическом отделении Оренбургской областной клинической психиатрической больницы №1 (главный врач Г.Б. Прусс). Длительность заболевания – 4,8±1,2 года. Пациенты составили экспериментальную группу. В качестве группы сравнения обследовано 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 экспериментальной группы являлось соответствие клинических проявлений рубрике МКБ-10 – F34.1 «Дистимия».

Из исследования были исключены случаи, при которых в анамнезе больных имелись указания на манифестные шизофренические психозы, больные с соматоневрологической патологией, сопровождающейся выраженными нарушениями функций пораженной 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). Применялись методы описательной статистики. Достоверность различий сравниваемых показателей оценивалась с помощью непараметрического критерия для независимых выборок U Манна – Уитни.

### Результаты и обсуждение

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).

Статистически значимые различия получены по всем показателям опросника SCL-90-R

Таблица 1. Показатели шкал SCL-90-R

Шкалы	Эксперимент. группа		Группа сравнения	
	М	$\sigma$	М	$\sigma$
SOM соматизация	1,62*	0,92	1,03*	0,66
О-С обсессивность	1,60*	0,86	0,91*	0,63
INT сензитивность	1,44*	0,81	0,82*	0,62
DEP депрессия	2,08*	0,63	0,78*	0,44
ANX тревога	1,83*	0,97	0,76*	0,59
HOS враждебность	0,84	0,65	0,81	0,67
PHOB фобии	1,21*	0,88	0,60*	0,75
PAR паранойя	1,05	0,88	0,76	0,60
PSY психотизм	0,97*	0,72	0,49*	0,40
GSI выраженность симптомов	1,46*	0,71	0,80*	0,51

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

Таблица 2. Показатели шкал опросника ISTA

Шкалы	Эксперимент. 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 отграничение вовне (O1)	40,56*	10,82	45,67*	7,56
Деструктивное отграничение вовне (O2)	68,24*	12,34	53,42*	10,45
Дефицитарное отграничение вовне (O3)	65,65*	12,01	53,30*	8,45
Конструктивное отграничение вовнутрь (O'1)	36,24*	13,82	46,73*	8,98
Деструктивное отграничение вовнутрь (O'2)	69,29*	12,07	53,39*	10,29
Дефицитарное отграничение 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

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

за исключением шкал враждебности и паранойяльности, которые также превышают показатели группы сравнения, но различия статистически недостоверны ( $p > 0,05$ ).

Изучение деструктивных и дефицитарных факторов проведено с помощью опросника Я-структуры личности Г. Аммона (ISTA), который определяет центральные Я-функции в совокупности их здоровых (конструктивных) и патологически измененных (деструктивных и дефицитарных) компонентов. Выраженность этих компонентов в обеих группах представлена неодинаково. 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).

При подсчете процентных соотношений выявленных вариантов (компонентов) каждой из центральных Я-функций в экспериментальной группе учитывалась степень выраженности значений показателей по стандартизованной Т-шкале в диапазоне от 0 до 100 Т-баллов. Показатели со значениями ниже или выше нормы (40–60 Т-баллов) считались соответственно слабо- и сильновыраженными. Полученные соотношения приведены в таблице 3. В таблице лица с преобладанием показателей той или иной шкалы, как правило, имеют высокие (выше 60 Т-баллов) значения соответствующего признака.

Из таблицы 3 следует, что пациентов с преобладанием конструктивных составляющих центральных Я-функций относительно малое количество – от 3 до 9%. При этом соотношение выраженности деструктивного и дефицитарного характера каждой Я-функции различно в группе. Так, у большей части лиц деструктивный характер обнаруживают тревога (88%), внутреннее Я-отграничение (71%) и нарциссизм (59%), а дефицитарный – агрессия (85%), внешнее Я-отграничение (50%) и сексуальность (79%). В группе выявились лица с преобладанием одновременно деструктив-

ной и дефицитарной составляющих Я-функций. Особенно большое количество обследуемых (от 53 до 71%) с таким сочетанным (смешанным) характером отмечается для таких функций, как внешнее и внутреннее Я-отграничение (71% и 53%) и нарциссизм (65%). Таким образом, преобладающими вариантами центральных Я-функций у пациентов с дистимией являются деструктивные и дефицитарные компоненты. В большинстве случаев (от 59 до 88%) выраженный деструктивный характер носят тревога, внутреннее Я-отграничение и нарциссизм, а дефицитарный характер (от 50 до 85%) – агрессия, внешнее Я-отграничение и сексуальность.

Сравнение данных, полученных в результате исследования компонентов агрессивности и враждебности (опросник Басса - Дарки) у больных дистимией и здоровых, показало статистически значимые различия ( $p < 0,05$ ) между шкалами: физическая агрессия, вербальная агрессия, чувство вины и индексом агрессивности (табл. 4).

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, приобретают большие по сравнению с другими значения, за исключением шкалы «чувство вины», которая не описывает напрямую ни агрессивность, ни враждебность. Данные таблицы 5 свидетельствуют, что для большей части больных дистимией в целом характерно преобладание высокого уровня враждебности и низкого уровня агрессивности. При этом практически нет лиц с высоким уровнем агрессивности (за исключением одного человека – 3%) или с низким уровнем враждебности. В процентном соотношении число пациентов с низкими показателями индекса агрессивности равно числу пациентов с высокими показателями индекса враждебности (по 57%). Это означает, что в группе присутствуют лица с одновременно низкими показателями индекса агрессивности и высокими показателями индекса враждебности (по 26%).

Данные табл. 6 показывают, что доля лиц с низким уровнем агрессивности (первая подгруппа)

по преобладанию показателей почти всех приведенных шкал меньше доли пациентов с высоким уровнем враждебности (вторая подгруппа) по этому же признаку. При этом, как правило, в подгруппе с высоким уровнем враждебности относительно больше лиц с преобладанием значений по шкалам «обида» (33%) и «подозрительность» (18%). Для той и другой подгруппы типично преобладание лиц с высокими показателями по шкале «чувство вины» (57% первой подгруппы, 47% второй подгруппы).

Таким образом, для большей части (57%) больных дистимией характерен низкий уровень агрессивности. Для такой же части (57%) группы свойственно преобладание лиц с высоким уровнем враждебности. Причем выраженность агрессивности в экспериментальной группе достоверно отлична от таковой в группе сравнения. А показатели враждебности у больных дистимией выше, чем у условно здоровых людей. Несмотря на полярно различную степень выраженности агрессивности

Таблица 3. Соотношение пациентов по выраженности показателей шкал опросника ISTA

Шкалы опросника ISTA	Доля пациентов, %
С преобладанием А1	6
С преобладанием А2	9
<b>С преобладанием А3</b>	<b>85</b>
В том числе с преобладанием А2 и А3 при низкой А1	24
С преобладанием С1	3
<b>С преобладанием С2</b>	<b>88</b>
С преобладанием С3	9
В том числе с преобладанием С2 и С3 при низкой С1	15
С преобладанием О1	3
<b>С преобладанием О2</b>	<b>47</b>
<b>С преобладанием О3</b>	<b>50</b>
<b>В том числе с преобладанием О2 и О3 при низком О1</b>	<b>71</b>
С преобладанием О'1	3
<b>С преобладанием О'2</b>	<b>71</b>
С преобладанием О'3	26
<b>В том числе с преобладанием О'2 и О'3 при низком О'1</b>	<b>53</b>
С преобладанием N1	3
<b>С преобладанием N2</b>	<b>59</b>
С преобладанием N3	38
<b>В том числе с преобладанием N2 и N3 при низком N1</b>	<b>65</b>
С преобладанием S1	9
С преобладанием S2	12
<b>С преобладанием S3</b>	<b>79</b>
В том числе с преобладанием S2 и S3 при низкой S1	6

Таблица 4. Показатели шкал опросника Басса - Дарки

шкалы	Эксперимент. 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 5. Распределение в группе пациентов уровней выраженности агрессивности и враждебности опросника Басса - Дарки

Индексы агрессивности (ИА) и враждебности (ИВ)		Доля пациентов. %	
С низкими показателями ИА	С низким ИА и ИВ в пределах нормы	31	57
	С низким ИА и высоким ИВ	26	
С высоким ИА и ИВ		3	3
С высокими показателями ИВ	С высоким ИВ и ИА в пределах нормы	31	57
	С высоким ИВ и низким ИА	26	
	С высоким ИВ и ИА	3	

Таблица 6. Сопоставление показателей шкал опросника Басса - Дарки у больных дистимией с низким уровнем агрессивности и высоким уровнем враждебности

подгруппы лиц	шкалы	доля пациентов. %
С низкими показателями индекса агрессивности	Раздражение	6
	Негативизм	6
	Обида	18
	Подозрительность	3
	Косвенная агрессия	12
	<b>Чувство вины</b>	<b>57</b>
С высокими показателями индекса враждебности	Раздражение	9
	Негативизм	6
	<b>Обида</b>	<b>33</b>
	Подозрительность	18
	<b>Чувство вины</b>	<b>47</b>

и враждебности в выделенных подгруппах (табл. 6), в них наблюдается значительная часть лиц с высокими значениями по шкале «чувство вины».

### Заключение

У больных дистимией бессознательные центральные Я-функции приобретают выраженный деструктивный или дефицитарный характер. Это проявляется либо в низкой способности к установлению межличностных контактов, теплых человеческих отношений, в снижении предметной активности, максимально возможном отказе от реальных сексуальных кон-

тактов (непринятии своей и чужой телесности), либо в утрате функции гибкой регуляции уровня активности в ситуациях, связанных с тревогой, в наличии ригидно фиксированного «барьера», отделяющего Я-центр осознаваемых переживаний от остальных интрапсихических структур, и в искажении или нарушении возможности личности реалистично ощущать, воспринимать и оценивать себя. Больным дистимией свойственны низкая агрессивность и относительно высокий уровень враждебности. При этом у подавляющего числа лиц выражено чувство вины, возможно, связанное, с одной сто-

роны, с относительно сильно выраженной обидой и подозрительностью в отношении других, а с другой стороны, с ответственностью, высоким чувством долга, в основе которых лежат повышенная тревожность, неуверенность, склонность к сомнениям, трудность принятия решения, сензитивность. Характерные для больных дистимией недостаточно развитая способность самоиден-

тификации, неспособность развивать представления о собственной личности, недостаточно гибкая регуляция собственной активности, необходимой для интеграции психической жизни, и выраженная обида и подозрительность приводят у них к трудностям взаимодействия с людьми, эмоциональной закрытости, недоверию окружающим, неуверенности в себе.

01.09.2010

**Список литературы:**

1. Мосолов С.Н. Тревожные и депрессивные расстройства: коморбидность и терапия. М.: Артинфо Паблишинг, 2007.
2. Перре М., Бауманн У. (ред.) Клиническая психология. СПб.: Питер, 2002.
3. Решетников М.М. Психодинамика и психотерапия депрессий. СПб.: ВЕИ П, 2003.
4. Смулевич А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. М.: МИА, 2003.
5. Ammon G. Динамическая психиатрия. СПб.: СПбПНИИ им. В.М. Бехтерева, 1995.
6. Andlin-Sobocki P., Jonsson B., Wittchen H.V., Olesen J. Cost of disorders of the brain in Europe // Europe. J. Neurology. – 2005. – Т. 12. – № 6. – P. 1-9.
7. Angst J., Gamma A., Bennazi F. Atypical depressive syndromes in varying definitions // Eur. Arch. Psychiatry. Clin. Neurosci. – 2006. – № 256. – P. 44-54.
8. 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. – P. 237-242.
9. Klein M., Wonderlich S., Shea T. Models of relationships between personality and depression: toward a framework for theory and research // Personality and depression / M.Klein, D. Kupfer, T. Shea (Eds.). N.Y.-London: Guilford Press, 1993. – P. 1-45.

Сведения об авторе:

**Антохин Евгений Юрьевич**, доцент кафедры психиатрии и медицинской психологии Оренбургской государственной медицинской академии, кандидат медицинских наук 460000, г. Оренбург, ул. Советская, 6, ОрГМА, тел. (3532) 776103, e-mail: orgma@esoo.ru

**Жорова Татьяна Ивановна**, клинический психолог Оренбургской областной клинической психиатрической больницы №1 460002, г. Оренбург, ул. Цвиллинга, 5, тел. (3532) 572179, e-mail: oob07@mail.orb.ru

**Андросова Мария Александровна**, клинический психолог Оренбургской областной клинической психиатрической больницы №1 460002, г. Оренбург, ул. Цвиллинга, 5, тел. (3532) 572179, e-mail: oob07@mail.orb.ru

**Бомов Павел Олегович**, ассистент кафедры психиатрии и медицинской психологии Оренбургской государственной медицинской академии, кандидат медицинских наук 460000, г. Оренбург, ул. Советская, 6, ОрГМА, тел. (3532) 776103, e-mail: orgma@esoo.ru

**Харина Екатерина Александровна**, врач-психотерапевт Оренбургской областной клинической психиатрической больницы №1 460002, г. Оренбург, ул. Цвиллинга, 5, тел. (3532) 572179, e-mail: oob07@mail.orb.ru

**Чемезов Андрей Сергеевич**, клинический психолог Оренбургской областной клинической психиатрической больницы №1 460002, г. Оренбург, ул. Цвиллинга, 5, тел. (3532) 572179, e-mail: oob07@mail.orb.ru

Antokhin E.Yu., Zhorova T.I., Androsova M.A., Bomov P.O., Kharina E.A., Chemezov A.S.

THE SPECIAL FEATURES OF THE DEEP- PERSONAL STRUCTURES OF THE PATIENTS WITH DYSTHYMIA

The authors inspected 50 patients with dysthymia even 50 healthy persons. They established: in the patients with dysthymia unconscious central I- functions acquire the expressed destructive or deficit nature. Of them are characteristic low aggressiveness and relatively high level of hostility. In this case expressed feeling of guilt at basis of which lie the increased anxiety, uncertainty, tendency toward the doubts, difficulty of decision making, sensitiveness.

Key words: deep- personal structures, dysthymia.