

СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СТРУКТУРЫ ЛИЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С НЕВРОТИЧЕСКИМИ И НЕВРОЗОПОДОБНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ С ПОЗИЦИЙ ПСИХОДИНАМИЧЕСКОЙ КОНЦЕПЦИИ ЛИЧНОСТИ Г. АММОНА

*Б.Д. Карвасарский, Е.А. Колотильщикова, Т.А. Караваева,
И.Н. Бабурин, И.С. Лысенко*

Представлены результаты сравнительного исследования структуры личности у больных с невротическими и неврозоподобными расстройствами, проведенного с помощью «Я-структурного теста» Г. Аммона. Полученные данные позволяют определить ряд особенностей у рассматриваемых групп и наиболее точно и качественно проводить дифференциальную диагностику этих патологических состояний.

Ключевые слова: невротические расстройства, неврозоподобные расстройства, дифференциальная диагностика невротических расстройств, «Я-структурный тест» Г. Аммона.

Исследованию преморбидных характеристик личности больных с невротическими расстройствами и особенностям уже сформировавшейся невротической личности посвящены обширные исследования [3, 4, 7]. Однако, как правило, изучение характерологической структуры личности осуществлялось с применением типологического подхода (в основном с помощью стандартизованного клинического личностного опросника, например, адаптированного И.Н. Гильяшевой, Л.Н. Собчик и Т.Л. Федоровой полного варианта ММРП) и теории черт (наиболее часто используется личностный опросник Г.Ю. Айзенка ЕРІ). Проведенное предварительное исследование больных с невротическими и неврозоподобными расстройствами с применением этих методологических подходов показало наличие значительного сходства изучаемых личностных характеристик у пациентов обеих нозологических групп. В этой связи для поиска имеющихся различий оказалось адекватным использование русскоязычной версии Я-структурного теста (ІSTA), созданного немецкими психоаналитиками на основе концепции личности Г. Аммона [1]. Данная методика, разработанная авторами в соответствии с принципами динамической психиатрии, позволяет целостно описать структуру личности [6].

Обследованы 123 больных, находившихся на стационарном лечении в отделении неврозов и психотерапии Института В.М. Бехтерева, в том числе 90 – с невротическими расстройствами и 33 – с неврозоподобными нарушениями.

У больных с невротическими расстройствами по сравнению с пациентами с неврозоподобными нарушениями получены существенно более низкие значения по шкалам, характеризующим Эго-функции отграничения: «Конструктивное внутреннее Я-отграничение» (O'1) ($6,94 \pm 0,23$ и $8,18 \pm 0,49$ соответственно) и «Конструктивное внешнее Я-отграничение» (O1) ($6,20 \pm 0,22$ и $7,09 \pm 0,42$) (табл. 1).

Полученные данные позволяют утверждать, что у больных с неврозоподобными расстройствами лучше функционирует внутренний барьер, с одной стороны, отделяющий, а с другой – связывающий бодрствующее сознание индивида и его неосознаваемые психологические установки (бессознательные мысли, представления, чувства, стремления и т.д.).

Функция такой внутренней границы определяется как необходимостью защиты «Я» от переживания противоречивых внутренних психологических феноменов (к каковым относятся, прежде всего, внутриличностные конфликты), вносящих «беспорядок» в душевную жизнь и дезорганизирующих ее, так и важностью представленности последних в целостной психической жизни личности. Для полноценно функционирующего, хорошо адаптированного индивида чрезвычайно значимо, чтобы содержание бессознательного, как бы оно ни понималось, могло сообщать о себе, не нарушая актуального взаимодействия с реальностью и не вызывая чрезмерные негативные аффективные переживания.

Таблица 1

Сравнение показателей «Я-структурного теста» (ISTA) у больных
 с невротическими и неврозоподобными расстройствами

Показатель	Невротические расстройства		Неврозоподобные расстройства		Значения U-критерия Манн-Whitney	
	средний ранг	сумма рангов	средний ранг	сумма рангов	U	p
Конструктивная агрессия (A1)	57,95	5215,5	73,05	2410,5	1120,5	0,036
Деструктивная агрессия (A2)	60,25	5422,5	66,77	2203,5	1327,5	0,366
Дефицитарная агрессия (A3)	63,71	5733,5	57,35	1892,5	1331,5	0,378
Конструктивная тревога (C1)	57,86	5207	73,30	2419	1112	0,032
Деструктивная тревога (C2)	65,34	5880,5	52,89	1745,5	1184,5	0,085
Дефицитарная тревога (C3)	59,42	5348	69,03	2278	1253	0,182
Конструктивное внешнее Я-отграничение (O1)	58,16	5234,5	72,47	2391,5	1139,5	0,046
Деструктивное внешнее Я-отграничение (O2)	62,87	5658	59,64	1968	1407	0,653
Дефицитарное внешнее Я-отграничение (O3)	63,84	5745,5	56,98	1880,5	1319,5	0,342
Конструктивное внутреннее Я-отграничение (O'1)	57,13	5141,5	75,29	2484,5	1046,5	0,012
Деструктивное внутреннее Я-отграничение (O'2)	62,38	5614,5	60,95	2011,5	1450,5	0,842
Дефицитарное внутреннее Я-отграничение (O'3)	63,69	5732,5	57,38	1893,5	1332,5	0,381
Конструктивный нарциссизм (N1)	58,99	5309,5	70,20	2316,4	1214,5	0,120
Деструктивный нарциссизм (N2)	63,42	5707,5	58,14	1918,5	1357,5	0,464
Дефицитарный нарциссизм (N3)	64,23	5780,5	55,92	1845,5	1284,5	0,249
Конструктивная сексуальность (S1)	59,37	5343	69,18	2283	1248	0,174
Деструктивная сексуальность (S2)	63,47	5712	58,00	1914	1353	0,448
Дефицитарная сексуальность (S3)	59,97	5397,5	67,53	2228,5	1302,5	0,288
Всего больных	90		33			

Косвенным образом на принципы работы подобного барьера, внутренней границы указывал еще Л.С. Выготский: «Бессознательное не отделено от сознания какой-то непроходимой стеной. Процессы, начинающиеся в нем, часто имеют свое продолжение в сознании, и, наоборот, многое сознательное вытесняется нами в подсознательную сферу. Существует постоянная, ни на минуту не прекращающаяся, живая динамическая связь между обеими сферами нашего сознания» [2].

Авторы Я-структурного теста Аммона полагали, что адекватно функционирующее внутреннее Я-отграничение обеспечивает прежде всего способность эффективно распоряжаться и распределять свое время (утверждения типа «Я хорошо распределяю свое время», «Я всегда могу найти время для важных дел»); получать удовлетворение от своих фантазий и сновидений, умение отличать их от реальности («Меня радуют мои фантазии», «Меня устраивает мой сон»); а также

возможность идентифицировать и вербализовать свои эмоциональные состояния. При этом до сознания индивида допускаются эмоции широкого спектра, однако он остается способен самостоятельно противодействовать переполнению психики такими чувствами, как страх, печаль, тревога и другими негативными аффектами, что обеспечивает в целом позитивный фон настроения («Моя жизнь богата эмоциями», «В моей повседневной жизни больше радости, чем огорчений»).

Иными словами, у больных с невротическими расстройствами по сравнению с пациентами с неврозоподобными нарушениями отмечается большая рассогласованность аффективного опыта, дисбаланс мыслей и чувств, эмоций и действий. У них в большей степени выражена недифференцированность восприятия и описания различающихся психических состояний, что приводит к характерным для больных с невротическими расстройствами трудностям в разграничении чувств и телесных ощущений,

к частому непониманию своих отношений и внутренних установок. Помимо этого, недостаток конструктивного внутреннего Я-отграничения у пациентов с невротическими расстройствами обуславливает дефицит способности к продуктивной психической концентрации, что делает их менее собранными, неорганизованными в сравнении с больными с невротоподобными нарушениями.

В более широком смысле (выходящим за рамки концепции авторов теста) можно говорить о том, что у больных с невротоподобными нарушениями лучше развита способность осознавать те бессознательные побуждения, которые лежат в основе очагов скрытого психического напряжения, порождающих трудности психологической адаптации, вплоть до развития симптомов нервно-психического заболевания. При этом более гибкое внутреннее отграничение делает у них возможным адекватное вытеснение импульсов, не имеющих невротическую природу. Напротив, для пациентов с невротическими расстройствами многие отношения, установки, переживания, составляющие внутренний мир, остаются не осознаваемыми, и вызываемые ими побуждения обуславливают поведение, непонятное ни для самого больного, ни для окружающих.

В целом, несмотря на различие значений шкалы «конструктивного внутреннего Я-отграничения», у больных и с невротическими, и с невротоподобными расстройствами преобладают показатели деструктивного развития этой Я-функции (рис. 1).

Слишком жесткие границы приводят к обособлению обследованных пациентов от мира собственных неосознаваемых чувств и фантазий, к обеднению внутренних аспектов жизнедеятельности.

Шкала «конструктивного внешнего Я-отграничения» (O1) показывает степень развития и гибкости границы, с одной стороны,

позволяющей индивиду сохранять свою автономию (в широком смысле этого слова) от социума, а с другой – дающую возможность вступать в тесные, доверительные межличностные контакты.

Полученные данные позволяют говорить о том, что у больных с невротоподобными расстройствами внешняя граница, так же, как и внутренняя, более гибкая, чем у пациентов с невротическими расстройствами. Это означает, что у них лучше развита способность принимать самостоятельные решения (независимые от мнения референтной группы) и, как следствие, брать на себя ответственность за свои действия; они могут более жестко отстаивать свои интересы, способны при необходимости отказать другому человеку, не испытывая при этом вины и не вступая в конфликт. Несмотря на то, что пациенты с невротоподобными расстройствами более независимы в формировании своих целей и задач, их стремления и потребности чаще чем у больных с невротическими расстройствами согласуются с требованиями окружающих, что позволяет им выбирать более адекватную стратегию поведения, учитывающую и изменяющую актуальную ситуацию и собственные жизненные планы.

У больных с невротическими расстройствами соответственно способность к контролю межличностной дистанции более нарушена, что создает им трудности в установлении оптимальных межличностных контактов. В отличие от пациентов с невротоподобными нарушениями они чаще не могут поставить и последовательно отстаивать личностно значимые цели, согласующиеся с личным контекстом интерперсональных отношений. Их социальное поведение характеризуется меньшей спонтанностью, открытостью, общительностью, доверительностью, они более чувствительны к критическим за-

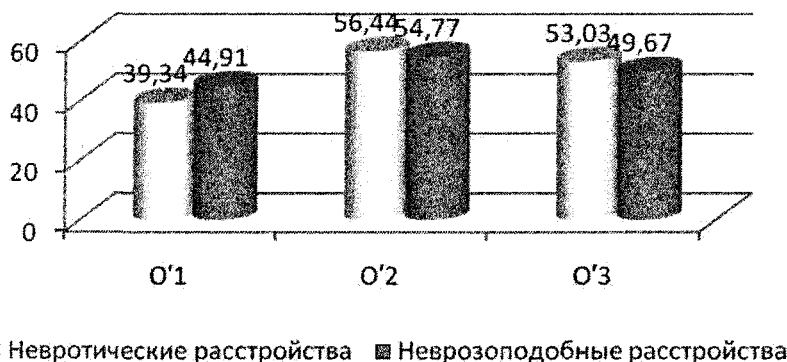


Рис. 1. Сравнительная характеристика показателей функции внутреннего Я-отграничения тревоги по тесту ISTA у пациентов обследованных групп

мечаниям других людей и поэтому стараются их избегать.

Однако представленные на рис. 2 данные свидетельствуют, что, несмотря на более высокие значения по шкале конструктивного внешнего Я-отграничения (O1) у больных с невротическими расстройствами, в обеих нозологических группах преобладают показатели деструктивного внешнего Я-отграничения (O2), что отражает специфику характера нарушений внешней границы Я – чрезмерная жесткость, препятствующая продуктивной коммуникации, мешающая больным адекватно интегрировать новый жизненный опыт, развивая свою личность.

При сравнении средних значений шкалы «конструктивная тревога» (C1) у больных с невротическими (6,49 ± 0,25) и невротическими (7,58 ± 0,50) расстройствами получены статистически достоверные отличия (см. табл. 1).

В концепции динамической психиатрии, положенной в основу «Я-структурного теста», конструктивная тревога (и соответственно ее отражение в значениях по шкале C1) понима-

ется как способность индивида переносить весь спектр переживаний, связанных с тревогой, не впадая при этом в состояние эмоциональной дезорганизации деятельности, как умение использовать тревогу в адаптивном ключе, т.е. действовать в реальном мире, понимая его подлинные опасности, возможность непредсказуемого и неблагоприятного стечения обстоятельств. В этой связи конструктивная тревога предполагает наличие хорошо развитой способности дифференцировать реально существующие угрозы и необоснованные, беспочвенные опасения и страхи.

Таким образом, у больных с невротическими расстройствами тревога в меньшей степени, в отличие от пациентов с невротическими нарушениями, выполняет функцию мобилизующего механизма, гибко согласующего уровень активности с действительной сложностью актуально переживаемой ситуации (о чем свидетельствуют высокие показатели (в Т-баллах) шкалы «деструктивная тревога» (C2), представленные на рис. 3).

Большинство больных с невротическими расстройствами с трудом могут адекватно

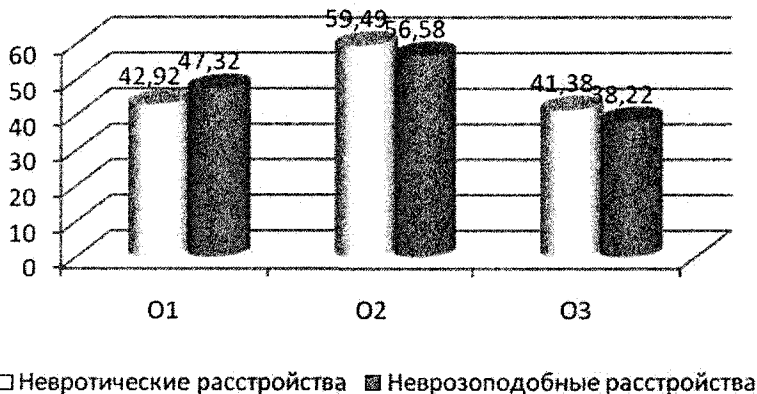


Рис. 2. Сравнительная характеристика показателей функции внешнего Я-отграничения тревоги по тесту ISTA у пациентов обследованных групп

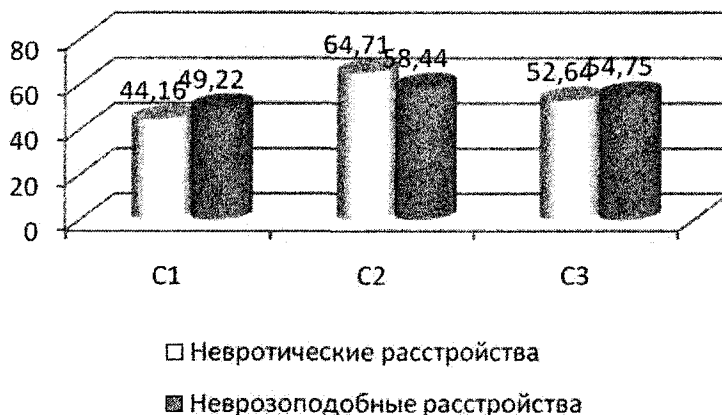


Рис. 3. Сравнительная характеристика показателей тревоги по тесту ISTA у пациентов обследованных групп

оценивать степень угрозы тех или иных ситуаций, у них чаще отмечается чрезмерно выраженная, дезинтегрирующая поведение переоценка величины опасности, что приводит к ослаблению, а во многих случаях и нарушению эмоциональной регуляции деятельности, на что указывают почти все исследователи, занимающиеся этой проблемой.

Для пациентов с невротоподобными расстройствами также характерно преобладание повышенной тревожности, однако у них она в меньшей степени сказывается на способности претворять в жизнь лично значимые цели и планы, т.е. они лучше умеют справляться со своим страхом для получения нового опыта и совершения ответственного выбора. В экстремальных ситуациях (к которым можно отнести появление новых связанных с риском задач) они чаще принимают обоснованные, взвешенные решения. С целью снижения эмоционального напряжения пациенты с невротоподобными расстройствами более активно ищут помощи и обращаются за социальной поддержкой: привлекают окружающих для разрешения собственных сомнений, опасений и страхов и, в свою очередь, могут чувствовать тревожные переживания других людей и способствовать разрешению их волнений.

Больные с невротическими и невротоподобными расстройствами статистически достоверно различаются в степени выраженности такой структурной личностной составляющей, как «конструктивная агрессия» (A1) – $7,06 \pm 0,29$ и $8,24 \pm 0,59$ соответственно.

В концепции динамической психиатрии агрессия рассматривается как центральная Я-функция, обеспечивающая активно-приспособительный характер поведения индивида, как деятельность, связанная с формированием и отстаиванием собственных интересов, направленной на преодоление встречающихся трудностей. Необходимым аспектом конструктивной агрессии является способность завязывать и поддерживать контакты с другими людьми.

Таким образом, в настоящем исследовании показано, что больные с невротическими расстройствами руководствуются менее активным и деятельным подходом к жизни, нежели пациенты с невротоподобными нарушениями. На когнитивном и поведенческом уровнях это означает, что они менее способны определять для себя и планомерно реализовывать (особенно в неблагоприятных обстоятельствах) самостоятельные, а не социально навязываемые, жизненные цели, задачи, идеи и мнения. Кроме того, больные с невротическими расстройствами реже стремятся к установлению межличностных контактов, на что

указывает и соотношение значений шкал, характеризующих другие Я-функции, в частности внешнего Я-отграничения и тревоги. Причиной социального избегания, характерного для пациентов этой нозологической группы, может быть недостаток умения выражать и отстаивать свои мнения, чувства и желания непосредственно в контакте с другими людьми, поэтому в кризисных, конфликтных ситуациях они склонны либо к уклонению от конструктивной дискуссии, к позиции соглашательства, либо к обесцениванию, а затем и разрыву социальных связей.

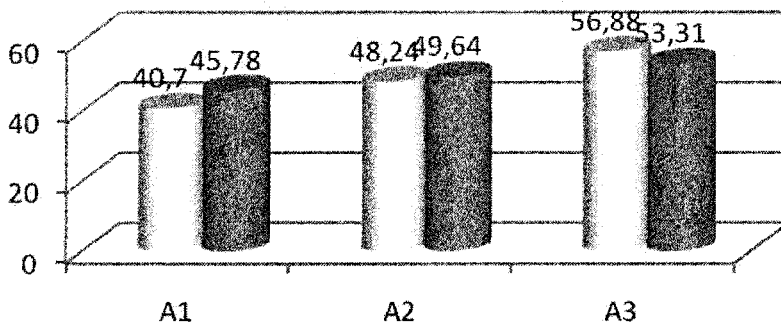
У больных с невротоподобными расстройствами, напротив, больше выражена потребность в собственном личностном развитии, шире круг интересов, они более коммуникабельны и могут открыто проявлять свои эмоциональные переживания в общении с окружающими, более способны к конструктивному преодолению трудностей и межличностных конфликтов.

В то же время, несмотря на различия по шкале «конструктивная агрессия», и в первой, и во второй обследованной группе определяется преобладание дефицитарной агрессивности (рис. 4), что отражает общее снижение активности, потребности в изменении неудовлетворяющих жизненных условий, неопределенность жизненных планов, несформированность системы ценностных ориентаций, закрытость для окружающих людей и нового опыта.

«Я-структурный тест» помимо 18 первичных шкал содержит также 3 интегративные шкалы, позволяющие оценить общую выраженность конструктивной, деструктивной и дефицитарной составляющей Я-организации. Эти шкалы так же, как и специальные индексы, соотносящие в единой оценке выраженность разнонаправленных (адаптационных и дезадаптирующих) личностных тенденций, составляют методику оценки психического здоровья (МОПЗ) — систему психодиагностических шкал, позволяющих интегрально оценить важнейшие показатели психического здоровья [5].

Исследование больных с невротическими и невротоподобными расстройствами с помощью этой методики показало наличие значимых различий по интегративной шкале «конструктивность» (табл. 2).

В первой группе показатель конструктивности составляет $41,42 \pm 1,13$, во второй группе – $47,46 \pm 2,59$. В этом случае можно говорить о том, что пациенты с невротическими расстройствами обладают меньшим общим адаптационным потенциалом и меньшей способностью противостоять неблагоприятным обстоятельствам, они хуже умеют определять



□ Невротические расстройства ■ Неврозоподобные расстройства

Рис. 4. Сравнительная характеристика показателей агрессии по тесту ISTA у пациентов обследованных групп

Таблица 2

Сравнение показателей методики оценки психического здоровья (МОПЗ) у больных с невротическими и неврозоподобными расстройствами

Показатель	Невротические расстройства	Неврозоподобные расстройства	Значения критерия равенства дисперсий Ливена		Значения t-критерия Стьюдента	
			F	p	t	p
Шкала «конструктивности» (А)	41,42 ± 1,13	47,46 ± 2,59	6,973	0,009	-2,479	0,015
Шкала «деструктивности» (В)	31,34 ± 1,24	28,49 ± 1,69	1,172	0,281	1,251	0,213
Шкала «дефицитарности» (С)	31,24 ± 1,31	28,76 ± 1,87	1,205	0,275	1,018	0,311
Индекс «компенсации» (α)	10,08 ± 1,89	18,97 ± 3,04	0,022	0,882	-2,455	0,016
Индекс «реализации» (β)	10,18 ± 2,01	18,69 ± 3,60	0,624	0,431	-2,145	0,034

и отстаивать свои жизненные позиции, цели и решения по сравнению с больными неврозоподобными нарушениями. Последние также демонстрируют лучшую способность к формированию социальной среды, которая благоприятствует развитию личности, является копинг-ресурсом в случае возникновения проблем и трудностей.

У пациентов с невротическими расстройствами также обнаруживаются достоверно более низкие ($10,08 \pm 1,89$), чем у больных с неврозоподобными нарушениями ($18,97 \pm 3,04$) средние значения индекса «компенсации» (α). Этот индекс отражает уровень компенсированности психопатологической стигматизации. Полученные результаты свидетельствуют о наличии более высоких адаптационных ресурсов у больных неврозоподобными нарушениями, у них лучше развит контроль над своими эмоциональными состояниями и поведением, преобладают зрелые формы реагирования, больше согласованность собственной активности с чувствами и потребностями окружающих. Для пациентов с невротическими расстройствами, напротив,

более характерны дезадаптирующие формы переживаний и поведения, являющихся следствием существенных нарушений в системе значимых отношений. Они также более склонны к формированию изолирующего межличностного пространства, ограничивающего развитие коммуникативного потенциала личности.

Средние значения индекса «реализации» (β) так же, как и ранее описанного индекса «компенсации» (α), достоверно выше у больных с неврозоподобными расстройствами ($18,69 \pm 3,60$ и $10,18 \pm 2,01$ соответственно).

Данный индекс отражает соотношение величины адаптационного потенциала и уровня психической активности личности. Таким образом, у пациентов с невротическими расстройствами диагностирована относительная недостаточность, по сравнению с больными с неврозоподобными нарушениями, потенциала к развитию, способности к формированию и отстаиванию собственных целей и позиций, стремления к построению и поддержанию тесных, доверительных взаимоотношений.

Выводы

Применение психодинамического подхода к целостной оценке структуры личности в совокупности ее здоровых и патологически измененных аспектов, позволяет выделить ряд отличий между исследованными больными. Так, проведенное обследование показало, что пациенты с неврозоподобными расстройствами обладают более высоким потенциалом конструктивности, в частности их межличностное функционирование, взаимоотношения между сознательными и бессознательными составляющими психики, а также характер активности более адаптивны, что позволяет им эффективнее справляться с разнообразными стрессовыми ситуациями, неизбежно возникающими в процессе жизнедеятельности.

Литература

1. Аммон, Г. *Динамическая психиатрия* / Г. Аммон. – СПб., 1996. – 197 с.

2. Выготский, Л.С. *Психология искусства* / Л.С. Выготский. – М., 1965. – С. 94.

3. Карвасарский, Б.Д. *Неврозы* / Б.Д. Карвасарский. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 1990. – 576 с.

4. Мясищев, В.Н. *Личность и неврозы* / В.Н. Мясищев. – Л.: Изд-во ЛГУ, 1960. – 426 с.

5. Тупицын, Ю.Я. *Я-структурный тест Аммона. Опросник для оценки центральных личностных функций на структурном уровне: пособие для психологов и врачей* / Ю.Я. Тупицын, В.В. Бочаров, Т.В. Алхазова. – СПб., 1998. – 70 с.

6. Тупицын, Ю.Я. *Исследование и оценка нервно-психического здоровья населения: методические рекомендации* / Ю.Я. Тупицын, В.В. Бочаров, Б.В. Иовлев, С.П. Жук. – СПб., НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2000. – 26 с.

7. Ушаков, Г.К. *Пограничные нервно-психические расстройства* / Г.К. Ушаков. – М., 1987. – 304 с.

Поступила в редакцию 24 мая 2011 г.

Карвасарский Борис Дмитриевич. Руководитель отделения неврозов и психотерапии ФГУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева», доктор медицинских наук, профессор, заслуженный деятель науки России, главный специалист-эксперт по психотерапии Госздравнадзора МЗ РФ. E-mail: spbinstb@bekhterev.ru

Karvasarsky Boris Dmitrievich. Head of department of neuroses and psychotherapy, St.-Petersburg V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute, doctor of medical science, professor, honored worker of a science and main expert in psychotherapy of ministry of health in Russia.

Колотильщикова Екатерина Андреевна. Старший научный сотрудник отделения неврозов и психотерапии ФГУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева», кандидат медицинских наук. E-mail: kea63@rambler.ru

Kolotilshchikova Ekaterina Andreevna. Senior researcher of department of neuroses and psychotherapy, St.-Petersburg V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute, candidate of psychological science: kea63@rambler.ru

Караваяева Татьяна Артуровна. Ведущий научный сотрудник отделения неврозов и психотерапии ФГУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева», кандидат медицинских наук. E-mail: tania-kar@yandex.ru

Karavaeva Tatiana Arturovna. Leading researcher of department of neuroses and psychotherapy, St.-Petersburg V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute, candidate of medical science: tania-kar@yandex.ru

Бабурин Игорь Николаевич. Старший научный сотрудник отделения неврозов и психотерапии ФГУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева», кандидат медицинских наук. E-mail: ygor_baburin@mail.ru

Baburin Igor Nikolaevich. Senior researcher of department of neuroses and psychotherapy, St.-Petersburg V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute, candidate of medical science: ygor_baburin@mail.ru

Лысенко Ирина Сергеевна. Аспирант отделения неврозов и психотерапии ФГУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева». E-mail: neolira@yandex.ru.

Lysenko Irina Sergeevna. Post-graduate student of neuroses and psychotherapy St.-Petersburg V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute: neolira@yandex.ru