

### Литература

1. Лисина М.И. Возрастные и индивидуальные особенности общения со взрослыми у детей от рождения до семи лет. М.: Просвещение, 1974. 267 с.
2. Смирнова Е.О., Холмогорова В.М. Межличностные отношения дошкольников. Владос, 2015. 119 с.
3. Словарь-справочник по педагогике / Авт.-сост. В.А. Мижериков; под ред. П.И. Пидкасистого. М.: Сфера, 2004. 133 с.
4. Репина М.А., Мухина Т.К. Особенности межличностных отношений детей дошкольного возраста. Молодой ученый. № 9. 2015. 1269 с.

### Literatura

1. Lisina M.I. Vozrastnye i individual'nye osobennosti obshcheniya so vzroslymi u detej ot rozhdeniya do semi let. M.: Prosveshchenie, 1974. 267 s.
2. Smirnova E.O., Holmogorova V.M. Mezhlichnostnye otnosheniya doshkol'nikov. Vlados, 2015. 119 s.
3. Slovar'spravochnik po pedagogike / Avt.-sost. V.A. Mizherikov; pod red. P.I. Pidkassistogo. M.: Sfera, 2004. 133 s.
4. Repina M.A., Muxina T.K. Osobennosti mezhlichnostnyh otnoshenij detej doshkol'nogo vozrasta. Molodoj uchenyj. № 9. 2015. 1269 s.

DOI: 10.25586/RNUV925X.18.01.P.083  
 «Вестник Российского нового университета»  
 ISSN 2414-925X

УДК 616.895.4

О.А. Коршунова

## ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И ПСИХИАТРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДЕПРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЙ ЛИЧНОСТИ

Описан феномен депрессивных состояний с точки зрения их психологических и психиатрических проявлений. Проведен сравнительный анализ концептуальных моделей депрессивных расстройств и их причин. Исследована психиатрическая симптоматика у депрессивных личностей.

*Ключевые слова:* депрессивное состояние, депрессивный эпизод, психологическая защита, ремиссия.

The article analyzes the phenomenon of depressive states from the point of view of their psychological and psychiatric manifestations. A comparative analysis of conceptual models of depressive disorders and their causes has been carried out. Psychiatric symptoms in depressed individuals have been studied.

*Keywords:* depressive state, depressive episode, psychological protection, remission.

Термин «депрессия» происходит от латинского слова *deprimo* – «давить, подавлять». Многочисленные исследования подтвердили, что депрессия – это бич современности. Экспериментально доказано: до 20% населения высокоразвитых

стран страдают депрессивными расстройствами.

В отличие от заболеваний, которые имеют ярко выраженную симптоматику, депрессия протекает латентно, так что потенциальный клиент психотерапевта

и психиатра внешне кажется абсолютно здоровым. Научно установлено, что при выходе из дома депрессивному индивиду зачастую удается собраться, выглядеть работоспособным и включенным в межличностные взаимодействия. Тем не менее, данное состояние является исключительно эскамотированным, поскольку депрессивный больной подменяет свое реальное состояние видимостью здорового нормального поведения.

Единого взгляда на причины возникновения депрессии по-прежнему не установлено. Тем не менее, существует несколько общих концептуальных моделей, составляющих имплицитный фундамент длительных психологических и клинических исследований, которые отражают корреляции между личностными дисфункциями и депрессивными расстройствами.

1) *Модель общей причинности.* Данная модель отталкивается от утверждения, что личностные дисфункции и депрессия являются самостоятельными патологическими феноменами, обусловленными биологическими процессами либо средовыми факторами, такими, как недостаточное внимание родителей или неблагоприятный социально-психологический климат в семье.

2) *Модели спектра.* В рамках данной модели принято считать, что первоисточком депрессивных расстройств являются личностные расстройства, усугубление которых может повлечь за собой развертывание депрессивного эпизода. Так, Э. Крепелин полагал, что существует так называемый «депрессивный темперамент» – то есть такой тип темперамента, при котором негативный аффект доминирует, а индивиду свойственна перманентная «эмоциональная мрачность во всех жизненных ипостасях» [цит. по: 1, с. 82]. По сути, субъект, обладающий депрессивным темперамен-

том, подвержен чувству тревоги, уныния, тоски, подавленности.

Базовые идеи модели спектра исследовались применительно к больным монополярной депрессией, в личностном складе которых М. Шимода выявлял склонность к застремости на мыслях и эмоциональных переживаниях, постоянную неудовлетворенность собой и своей жизнью. В то же время Г. Телленбах выявил, что больные монополярной депрессией подвержены попаданию в симбиотические зависимые отношения, боятся остаться в одиночестве. Тем не менее, концептуальные основы модели спектра вызывают критику на основании неясности отличия личностных черт как таковых от смягченных симптомов монополярной депрессии.

3) *Предиспозиционные модели,* которые также основаны на предположении, что личностные дисфункции являются предрасполагающим условием для клинического проявления монополярной депрессии. От моделей спектра предиспозиционные модели отличаются по двум основаниям:

- они не предполагают существования иной, более фундаментальной причины депрессивного состояния;

- предиспозиционное условие не всегда рассматривается в качестве обязательной причины вторичного расстройства.

Критика данной модели может заключаться в том, что депрессия также может выступать предиспозиционным фактором развития личностных дисфункций, либо провоцировать эволюционное превращение тех или иных черт личности во всеобъемлющее личностное расстройство.

Личностные факторы депрессии рассматривались также в психоанализе. Так, К. Абрахам полагал, что причиной депрессии является отказ от либидозных

влечений, поскольку отношение индивида к другим людям является амбивалентным (переживанию любви у депрессивного человека сопутствует чувство ненависти). По мнению К. Абрахама, депрессия заключается в регрессии индивида на оральную стадию развития либидо [1, с. 5].

З. Фрейд в «Печали и меланхолии» [6] выявил четыре условия, достаточных для развития депрессии:

– наличие детской травмы (ранняя утрата либо разочарование в объекте привязанности);

– нарциссический выбор объекта привязанности (способность видеть в других скорее себя, нежели отдельных людей);

– утрата объекта, как реальная, так и воображаемая;

– перенос гнева и ненависти на собственное «Я».

Людей, чьи характерологические паттерны создаются депрессивной динамикой, характеризует один и тот же набор симптомов: печаль, тоскливость, сниженный жизненный тонус, ангедония, вегетативные нарушения, в том числе проблемы с питанием и сном. Если в нормальном переживании реакций горя окружающий мир субъективно предстает перед индивидом сжатым и уменьшенным, то при депрессии переживаемое как потерянное или разрушенное является частью собственного «Я» [2, с. 6].

Важной психологической чертой, характеризующей депрессивное состояние, является направление гневных состояний внутрь, а не наружу. Гнев превращается в Эго-синтонное переживание собственной виновности. Также одним из главных аффектов депрессивных индивидов является печаль, глубокое внутреннее переживание зла и несправедливости [там же, с. 8]. В глубине души депрессивные люди считают себя плохими, подкрепляя это убежде-

ние апелляцией к своим самым разным качествам – раздражительности, зависти, злости, тщеславию. Человек, страдающий депрессией, чувствует себя так, словно у него нет законного места в этом мире. Депрессивная личность имеет низкий уровень притязаний и очень удивляется, если кто-либо обращает на нее внимание, поскольку ранний опыт потери приводит к убеждению, что она достойна лишь отвержения. Чтобы совладать со своей депрессивной динамикой, эти люди обращаются к филантропической деятельности. Они испытывают сильную потребность помогать, т.к. это помогает им ощущать себя более достойными.

В терапии депрессивный клиент легко вызывает любовь и симпатию терапевта. Такой клиент быстро привязывается к психотерапевту и высоко ценит даже самые маленькие инсайты. В то же время он склонен проецировать на терапевта роль своего внутреннего критика. Поэтому депрессивная личность в течение длительного времени будет ждать неодобрения терапевта даже за самые незначительные «преступные» мысли и поступки. Сущность терапии с депрессивным клиентом состоит в выведении внутренних гневных состояний наружу, поскольку злость является мощным ресурсом в условиях общей депрессивной астеничности. С течением времени подобный клиент начинает обращать свою злость против терапевта, проецируя на него свои внутренние враждебные отношения, что считается значительным продвижением в терапии.

Для защиты депрессивные люди прежде всего используют интроекцию, причем для интернализации выбираются наиболее ненавистные качества и установки прежних объектов любви. Таким образом, без «вбирания» в ощущение себя старого объекта у депрессивного индивида не возникает

чувства собственной целостности. Депрессивные состояния характеризуются применением обращения против себя, когда нечто плохое и несовершенное переживается не как часть окружающего мира, а как составляющая самого человека. Подобный механизм снимает тревогу, позволяет сохранять чувство контроля над ситуацией согласно следующей логике: «если нечто плохое находится во мне, я имею шанс с этим справиться».

Специфической и распространенной разновидностью депрессивных состояний является нарциссическая депрессия. Если депрессивный тип личности страдает от ощущения своего несовершенства и виновности, то нарциссической депрессии свойственно ощущение своей субъективной пустоты, отсутствия прочного «Я». Внутренний мир нарцисса преисполнен стыда, бессмысленности, скуки, экзистенциального отчаяния. Можно сказать, что нарциссический тип личности склонен стремиться к совершенству, к получению восхищения и признания. Когда при столкновении с реальным миром нарцисс осознает недостижимость этой цели, им овладевает чувство пустоты, зависти, недовольства собой. Этими чувствами и полна нарциссическая депрессия.

Для охвата более широкого диапазона клинических состояний, встречающихся в психиатрической практике, принято выделять три степени тяжести депрессивного расстройства: оно может быть *легким* (F32.0), *умеренно выраженным* (F32.1) и *тяжелым* (F32.2). Дальнейшие депрессивные эпизоды следует относить к одной из рубрик *рекуррентного депрессивного расстройства* (F33.--). Самоповреждающие действия, связанные с аффективными расстройствами настроения, – чаще всего самоотравления назначенными врачом препаратами – должны регистрироваться

и обозначаться дополнительным кодом из главы XX МКБ-10 (X60-X84). Эти коды не предусматривают демаркации между суицидальной попыткой и «парасуицидом»: оба вида действий включаются в категорию самоповреждения [5, с.122].

Дифференциация между эпизодами легкой, умеренной и тяжелой степеней должна опираться на сложную клиническую оценку, которая интегративно рассматривает число, тип и тяжесть симптомов депрессивного больного. В определении тяжести депрессивного эпизода может помочь полнота обычной трудовой деятельности и социальной активности.

Депрессия протекает в виде депрессивных эпизодов – аффективных расстройств, характеризующихся эмоциональными, когнитивными и соматическими нарушениями. Длительность депрессивного эпизода для постановки диагноза должна превышать четырнадцать дней. Следует отметить, что больные с легкими формами депрессивных эпизодов чаще всего встречаются в первичных медицинских и общих медицинских учреждениях, тогда как больные, страдающие депрессией более тяжелой степени, лечатся, как правило, в психиатрических стационарах [5, с. 126].

Депрессивный эпизод включает в себя следующие симптомы:

- сниженное настроение;
- уменьшение энергичности, падение активности;
- пониженную или полностью атрофированную способность радоваться;
- ангедонию, утрату способности испытывать удовольствие, отсутствие интересов;
- выраженную усталость даже после минимальных усилий;
- снижение когнитивных функций: способности сосредоточиваться, концентрироваться, запоминать информацию;

– нарушение сна (может наблюдаться тяжелое засыпание и пробуждение на несколько часов раньше обычного времени) и аппетита (чаще всего его потеря);

- снижение самооценки;
- мысли о собственной виновности и бесполезности;
- снижение либидо;
- выраженную психомоторную заторможенность (обычно наблюдается по скудной жестикуляции, общей вялости, монотонности голоса).

При депрессивном эпизоде легкой степени выраженными являются обычно два–три из вышеупомянутых проявлений. На этой стадии депрессивного расстройства пациент страдает от депрессивной симптоматики, однако будет в состоянии продолжать заниматься основными видами деятельности: работать, общаться, выполнять домашние обязанности и т.д. Чаще всего больной испытывает неопределенное беспокойство, затруднения в обычной работе, но не прекращает социальной активности. Соматические синдромы могут отсутствовать/наличествовать в малой степени (F32.00), либо их число будет достигать порядка трех–четырех (F32.01).

Депрессивный эпизод умеренной степени характеризуется проявлением четырех и более из перечисленных выше симптомов. Больному тяжело дается выполнение привычной деятельности. На этой стадии могут наблюдаться попытки отмены работы, избегания нагрузок, прерывания общения с людьми: больной испытывает ощутимые трудности при осуществлении привычных видов деятельности. Соматические синдромы отсутствуют (F32.10), либо их не менее четырех и они все значительно выражены (F32.11).

Наиболее опасным для жизни и здоровья больного является депрессивный эпи-

зод тяжелой степени. Этот этап депрессивного расстройства (без психотических симптомов) характеризуется яркой выраженностью большинства из вышеупомянутых симптомов. При нем чрезвычайно велик риск суицидальных намерений. Больной отказывается от привычных видов деятельности, чаще всего не выходит из дома, не способен осуществлять социальную активность, справляться с рабочими и бытовыми обязанностями. Наблюдается значительная степень беспокойства и агитации/заторможенности. При данной степени тяжести депрессии обычно присутствует соматический синдром.

Тяжелый депрессивный эпизод с психотическими симптомами сопровождается галлюцинациями (в том числе слуховыми и обонятельными), бредом либо депрессивным ступором. Бред выражает идеи греховности, приближающихся бедствий, ответственность за которые больной возлагает на самого себя [5, с. 174].

Депрессия проявляется как в единичном депрессивном эпизоде, так и в виде рекуррентного (повторяющегося) депрессивного расстройства (соответствует описанию депрессивного эпизода (F32.--)). *Рекуррентную депрессию* можно спутать с симптоматикой биполярного расстройства ввиду схожести клинических картин. Тем не менее, для данного вида депрессии не свойственно наличие в анамнезе эпизодов повышения настроения и прилива энергии (данные симптомы соответствуют фазе мании, характеризующей одну из двух фаз биполярного расстройства). Однако могут быть отмечены краткие эпизоды незначительного повышения настроения и гипомании (гиперактивности), которые чаще всего вызываются приемом антидепрессантов.

Первый эпизод рекуррентной депрессии может возникнуть в любом возрасте.

Его начало может быть как острым, так и малозаметным, а длиться подобное состояние способно как несколько недель, так и много месяцев/лет. Рекуррентное депрессивное расстройство, отличаясь от биполярного аффективного расстройства, тем не менее, не исключает возникновения маниакального эпизода, что требует изменения диагноза.

Рекуррентная депрессия также может протекать в легкой, умеренной и тяжелой формах, соответственно совпадающих с описаниями в рубриках F32.0, F32.1 и F32.2 (во всех случаях сведения о маниакальных эпизодах в анамнезе должны отсутствовать). Текущий эпизод рекуррентной депрессии с психотическими симптомами можно оценить как тяжелый, если он соответствует рубрике F32.3 (также без наличия в анамнезе сведений о маниакальных эпизодах).

*Ремиссией* при рекуррентном депрессивном расстройстве считается отсутствие депрессивной симптоматики в течение нескольких месяцев (при наличии в анамнезе двух или более депрессивных эпизодов, со-

ответствующих описаниям, приведенным в F33.0 – F33.3). Тем не менее, некоторые специалисты выделяют *полную* (возврат к нормальному функционированию) и *неполную* (наличие двух-трех остаточных симптомов) формы ремиссии. Особо следует отметить тот факт, что после каждого повторного депрессивного эпизода качество ремиссии снижается. Если после первой депрессии более половины больных полностью восстанавливаются, то повторные депрессивные эпизоды несут риск сохранения депрессивной симптоматики и рецидива болезни.

Таким образом, депрессия проявляется как в психологических аспектах (таких, как чувство вины, угнетенности, собственной виновности и т.д.), так и в психиатрических проявлениях (усталость, ангедония, нарушение сна и т.д.). Эпизодическое проявление депрессии может вести к возникновению рекуррентного депрессивного расстройства. Вследствие этого депрессия требует как психотерапевтического, так и серьезного медикаментозного лечения.

### Литература

1. *Гаранян Н.Г.* Депрессия и личность: обзор зарубежных исследований. Ч. 1 // Социальная и клиническая психиатрия. 2009. № 1. С. 79–89.
2. *Джонсон М.С.* Психотерапия характера. М.: Корвет, 2016. 352 с.
3. *Кохут Х.* Анализ самости: систематический подход к лечению нарциссических нарушений личности. М.: Когито-центр, 2003. 368 с.
4. *Маквильямс Н.* Психоаналитическая диагностика. Понимание структуры личности в клиническом процессе. М.: Независимая фирма «Класс», 2001. 480 с.
5. Многоосевая классификация психических расстройств в детском и подростковом возрасте. Классификация психических и поведенческих расстройств у детей и подростков в соответствии с МКБ-10 / Под ред. А.Н. Моховикова. М.: Смысл, 2003. 407 с.
6. *Фрейд З.* Печаль и меланхолия // Психология эмоций. Тексты / Под ред. В.К. Вилюнаса, Ю.Б. Гиппенрейтер. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1984.

### Literatura

1. *Garanyan N.G.* Depressiya i lichnost': obzor zarubezhnyh issledovanij. Ch. 1 // Social'naya i klinicheskaya psihiatriya. 2009. № 1. S. 79–89.

2. *Dzhonson M.S.* Psihoterapija haraktera. M.: Korvet, 2016. 352 s.
3. *Kohut H.* Analiz samosti: sistematičeskij podhod k lečeniju narcističeskix narušenij ličnosti. M.: Kogito-centr, 2003. 368 s.
4. *Makvil'yams N.* Psihoanalitičeskaja diagnostika. Ponimanie struktury ličnosti v kliničeskom processe. M.: Nezavisimaja firma «Klass», 2001. 480 s.
5. *Mnogoosevaja klassifikacija psihičeskix rasstrojstv v detskom i podrozkovom vozraste. Klassifikacija psihičeskix i povedenčeskix rasstrojstv u detej i podrozkov v sootvetstvii s MKB-10 / Pod red. A.N. Mohovikova.* M.: Smysl, 2003. 407 s.
6. *Frejd Z.* Pečal' i melanholiya // Psihologija ehmcij. Teksty / Pod red. V.K. Vilyunasa, Ju.B. Gippenrejter. M.: Izd-vo Mosk. un-ta, 1984.

DOI: 10.25586/RNU.V925X.18.01.P.089  
«Вестник Российского нового университета»  
ISSN 2414-925X

УДК 159.99

А.Н. Азарнова

## ПСИХОТЕРАПИЯ КАК СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ТЕРАПЕВТА И КЛИЕНТА

Рассмотрена возможность представления психотерапевтического процесса как совместной деятельности психотерапевта и клиента, выступающей в форме социально-психологического взаимодействия.

*Ключевые слова:* психотерапия, социально-психологическое взаимодействие, совместная деятельность, механизмы психотерапевтического воздействия, личностно-ориентированные направления психотерапии, проблемно-ориентированные направления психотерапии.

This article examines the possibilities of understanding the psychotherapeutic process as a joint activity of the therapist and the client, acting in the form of socio-psychological interaction.

*Keywords:* psychotherapy, socio-psychological interaction, joint activity, mechanisms of psychotherapy, personality-oriented form of therapy, problem-oriented form of therapy.

В настоящее время психотерапия стала повсеместно распространенным явлением. Во многих крупных городах России масса организаций и частных лиц предлагают услуги психоаналитика, гештальттерапевта, психодраматиста, гипнотерапевта, специалиста по семейным расстановкам и т.д. Психотерапевтами называют себя и врачи, и психологи, прошедшие специальную подготовку, несмотря на то, что ожесточенные споры на тему того, может ли психолог иметь какое-то отношение к психотерапии или это чисто медицинская «епархия», не утихают. Однако несмотря на разнообраз-

ный выбор возможных практических предложений психотерапевтической помощи, до сих пор в психологической науке мало внимания уделяется осмыслению психотерапевтического процесса с научных позиций.

Теоретическая и практическая психология держатся обособленно друг от друга, и разрыв между ними является немалым. В еще более трудном положении по отношению к теоретической психологии оказывается психотерапия. Единые теоретические модели анализа и сопоставления различных направлений психотерапии