

АФФЕКТИВНО-КОГНИТИВНЫЙ СТИЛЬ РЕПРЕЗЕНТАЦИИ МЕЖЛИЧНОСТНОЙ КОММУНИКАЦИИ ПРИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВАХ¹

© 2010 г. А. С. Филимонова

*Аспирантка, факультет психологии МГУ им. М.В. Ломоносова, Москва;
e-mail: nastya20000@mail.ru*

Проведено изучение связи индивидуально-типологических стилевых и клинических особенностей аффективно-когнитивного стиля личности с организацией и содержанием репрезентации межличностной коммуникации при депрессивном расстройстве ($n = 27$) и в норме ($n = 23$). Применялся комплекс методик: полуструктурированная беседа с элементами структурного интервью О. Кернберга, “Тест встроенных фигур” Г. Виткина, методика “Исключение понятий”, шкала депрессии А. Бека, опросник аффилиации А. Мехрабяна, “Рисунок человека” К. Махвер, тест Г. Роршаха. Проверены гипотезы о том, что аффективно-когнитивный стиль личности депрессивных пациентов отличается от аффективно-когнитивного стиля здоровых испытуемых по параметрам полезависимости и недифференцированности. Показано, что соотношение репрезентаций привязанности и враждебности в группе депрессивных больных качественно отличается от группы сравнения. Описаны две коммуникативные стратегии, свойственные анаклитическим и нарциссическим типами депрессии.

Ключевые слова: межличностная коммуникация, репрезентации, аффективно-когнитивный стиль личности, враждебность, привязанность, анаклитическая и нарциссическая депрессия, проективные методы.

В современной клинической психологии все более утверждается системный подход, предполагающий изучение нарушений психической деятельности в единстве и взаимодействии когнитивных, мотивационно-регуляторных и коммуникативных процессов. Этот подход получил развитие при изучении аффективно-когнитивного стиля личности в работах отечественных психологов [12–14, 16, 17, 19, 21]. *Аффективно-когнитивным стилем* называется относительно устойчивая конфигурация мотивационно-регуляторных, когнитивных и коммуникативных компонентов психических репрезентаций, которая рассматривается в качестве системного фактора индивидуальной предрасположенности к расстройствам аффективного спектра, в свою очередь провоцирующего и стабилизирующего дезадаптивные и дезинтегративные стратегии отношения к себе и социальному окружению [12–14, 16, 17].

Аффективно-когнитивный стиль репрезентации межличностной коммуникации представляет собой индивидуальную систему представлений о человеческих отношениях, их категоризацию и регуляцию, с разным уровнем когнитивной сложности, символической опосредованности и эмоциональной пристрастности. Эмпирические исследования показали, что у пациентов с суицидальными попытками сильная полезависимость и низкая когнитивная дифференцированность включаются в целый синдром расстройств самосознания, который характеризуется преобладанием примитивных защитных механизмов, сложностью отношений *Я–Другой* и их негативной окраской, фрагментарностью самоидентичности, низкой толерантностью к неопределенности, преобладанием эмоционального опыта потери [13, 14, 16]. М. Лайнен, разрабатывая когнитивно-поведенческую терапию пограничного расстройства личности, выделяет следующие особенности, присущие суицидальным пациентам: использование поляризованных категорий “или/или”, наличие жесткого когнитивного стиля, дихотомического мышления, которое приводит к низкой возможности синтеза

¹ Автора выражает благодарность за помощь в подготовке статьи своему научному руководителю д.псх.н., профессору нейро- и патопсихологии факультета психологии МГУ им. М.В. Ломоносова Е.Т. Соколовой.

(как следствие неразрешимого конфликта между сильными отрицательными и положительными эмоциями), наличие неопределенной идентичности. Такие пациенты постоянно испытывают изоляцию, отчужденность, чувство потери контакта с окружающими из-за укоренившегося противопоставления “Я–Другой”, пытаются обрести ощущение единства и интеграции через подавление собственной идентичности [7].

Изучению коммуникативного аспекта депрессивного расстройства уделяется особое внимание в психоаналитическом направлении и теории объектных отношений. Депрессивная патология рассматривается как результат дефекта в развитии очень ранних отношений со значимым Другим [1, 3, 5, 10]. С одной стороны, патология личности определяется теми психическими структурами, которые возникают под влиянием аффективного опыта взаимодействия с ранними значимыми объектами, с другой – сформировавшаяся личностная структура определяет паттерн дальнейших отношений со значимыми другими.

Впервые З. Фрейд и К. Абрахам связали возникновение депрессии с ситуацией утраты значимого объекта (преимущественно матери). Затем и многие другие психоаналитики пытались проследить берущие начало в детстве причины развития депрессивного заболевания и формирования особых свойств личности, понимая их как выражение тяжелой утраты близкого человека и патологического траура по нему. Э. Бибринг значительно позже писал, что депрессия проистекает из внутрисистемного конфликта, возникающего из внутреннего напряжения Эго. Причиной этого он считает нарциссическую фрустрацию ребенка и последующее обращение агрессии на себя. Х. Спотниц указывает на то, что прямой путь к депрессии прокладывает фрустрация-агрессия, характерным образом вливающаяся в Супер-Эго, которое затем “атакует” Эго. Он считает это явление нарциссической защитой от страха разрушить объект. Выдвигалось предположение, что эти пациенты страдают не от избытка любви к себе, а от чрезмерной ненависти к себе. В современной литературе выделяется так называемая анаклитическая депрессия – аффективное расстройство, возникающее у взрослых людей на почве детской травмы утраты и сопровождаемая страхом потери Другого [10].

Основное же направление психодинамических работ – это развитие объектных отношений. Депрессивные переживания оцениваются в них как вторичные по отношению к неразрешенным проблемам, связанным с амбивалентностью по отно-

шению к матери или неудачной попыткой формирования дифференцированного Я, репрезентаций объекта, зрелых идеалов и “благосклонного” Супер-Эго. Таким образом, в работах психодинамически ориентированных авторов подчеркивается ключевое значение коммуникативных нарушений в генезе аффективных расстройств, в частности депрессии.

Пало-Альтовская школа семейной системной психотерапии рассматривает структуру коммуникативных процессов на основе принципа системности: любое коммуникативное взаимодействие понимается как открытая система, включенная в более широкий коммуникативный контекст и характеризующаяся такими свойствами, как целостность, обратная связь и равнорезультатность. Смысл человеческого существования раскрывается на уровне метакоммуникации, когда обмен ничего не значащими фразами и даже просто молчание содержат экзистенциальное сообщение, адресованное Другому [2]. В семейной системе выделяется ряд различных путей, которые приводят к формированию депрессивной личности: ранняя и повторная потеря в жизни ребенка (эмоциональная потеря или преждевременное отделение от матери); семейная атмосфера, где существует негативное отношение к плачу (трауру); характерологическая депрессия у родителей [8].

В настоящей работе развивается синдромный подход к изучению психических нарушений при депрессии, включающий исследование взаимосвязи стратегий межличностной коммуникации с аффективно-когнитивным стилем, механизмами защиты, особенностями социального интеллекта, самооценкой. Таким образом, данное исследование выполнено в русле системно-синдромного подхода к изучению расстройств самосознания, утверждающего их обусловленность не нозологической специфичностью, а личностной организацией, системной взаимосвязью когнитивных, эмоционально-регуляторных и коммуникативных процессов. Практическая значимость работы связана с актуальностью разработки индивидуализированных методов диагностики, прогноза и социально-психологической реабилитации пациентов с аффективными расстройствами.

Цель работы состоит в изучении связи индивидуально-типологических стилевых и клинических особенностей аффективно-когнитивного стиля личности с системной организацией и содержанием репрезентации межличностной коммуникации при депрессивном расстройстве и в норме.

Задачами исследования являются:

1. Провести анализ и сравнение аффективно-когнитивного стиля личности в группах депрессивных пациентов и здоровых испытуемых.
2. Изучить особенности репрезентации враждебности и привязанности у больных депрессией и здоровых испытуемых.
3. Проанализировать связи между параметрами аффективно-когнитивного стиля, враждебности и привязанности в двух группах.
4. Выявить специфические коммуникативные стили, свойственные пациентам с депрессивным расстройством.

В работе проверяются две гипотезы:

- аффективно-когнитивный стиль личности депрессивных пациентов отличается от аффективно-когнитивного стиля здоровых испытуемых по параметрам полезависимости и недифференцированности;
- группе депрессивных пациентов присущи специфические коммуникативные стили, отличающиеся по соотношению привязанности и враждебности.

МЕТОДИКА

Участники исследования. Исследование проводилось на базе НИИ психиатрии при клинической больнице им. Ганнушкина (отделение аффективной патологии), Городской клинической больницы № 20 и клиники НЦПЗ РАМН. Было обследовано 27 человек (17 женщин и 10 мужчин), страдающих депрессивными расстройствами. Диагнозы больных по МКБ-10: депрессивный эпизод (*F32*) – 8 человек; биполярное аффективное расстройство, текущий депрессивный эпизод (*F31.3*) – 8 человек; рекуррентное депрессивное расстройство (*F33*) – 8 человек; дистимия (*F34.1*) – 3 человека. Возраст участников исследования составил от 19 до 50 лет ($M = 34$ года); образование: высшее – 17 человек, среднее или средне-специальное – 10 человек. В группу контраста (здоровые испытуемые) были включены люди с полным или неполным высшим образованием без психических расстройств (не обращавшихся за помощью к специалистам и не стоящих на учете в ПНД): 13 женщин и 10 мужчин, в возрасте от 18 до 47 лет ($M = 29$ лет).

В исследовании использовались следующие методики, которые были проведены в обеих группах испытуемых.

1. Полуструктурированная беседа с элементами структурного интервью О. Кернберга [6]. Применялась для установления контакта, выявления актуального состояния, характерных особенностей личности обследуемого, способностей тестирования реальности и особенностей экспрессии привязанности и враждебности в поведении.

2. “Тест встроженных фигур” Г. Виткина [36], предназначенный для оценки уровня полезависимости–полезависимости.

3. Методика “Исключение понятий”, вербальный вариант, направленная на выявление способности синтеза и анализа.

4. Шкала депрессии А. Бека [12], по которой определялся уровень депрессии, как у больных, так и здоровых испытуемых.

5. Опросник А. Мехрабяна на аффилиацию [28], применяется для исследования особенностей привязанности. Он состоит из двух шкал, одна из которых направлена на аффилиативную тенденцию, другая – на чувствительность к отвержению.

6. Методика “Рисунок человека” для диагностики уровня дифференцированности и усложненности концепции тела по шкале Х. Марленс (*Marlens X.*, 1958; цит. по [4]). Рисуночная продукция анализировалась качественно в соответствии с психоаналитической концепцией проекции [9].

В оценке участвовало три эксперта, каждый из которых независимо выставлял балл за отдельный рисунок, после чего подсчитывался общий балл. Использовалась следующая шкала:

- 1 – наиболее усложненные рисунки
- 2 – умеренно усложненные рисунки
- 3 – промежуточный уровень усложненности рисунка
- 4 – умеренно примитивные рисунки
- 5 – наиболее примитивные и инфантильные рисунки [4].

7. Тест Г. Роршаха [20]. Интерпретация теста Роршаха проводилась в два этапа.

На первом этапе интерпретировались результаты формальной шифровки:

- а) соотношение количества целых и фрагментарных ответов (W , D);

б) качество формы перцептов как показатель степени четкости границ Я (F^-);

в) соотношения количества ответов по категории “человек” и категории “животное” (H, A);

г) наличие детерминант текстуры “с”, указывающих на способ управления потребностью в привязанности, зависимости (алгоритм анализа по [20]).

На *втором этапе* проводился содержательный анализ полученных ответов под супервизией Е.Т. Соколовой. Текст анализировался с целью выделения образа Я, образа Другого, взаимоотношений между ними. Наряду с проведением качественного анализа для оценки результатов также использовались следующие шкалы:

а) Шкала взаимозависимости–автономии А. Юриста для оценки качества объектных отношений. Эта шкала рассматривает объектные отношения как находящуюся в развитии последовательность от примитивной зависимости до эмпатического родства с объектом [35].

б) Шкала враждебности Дж. Илизура для качественно-количественной оценки уровня враждебности в содержании ответов теста Роршаха; формальные характеристики не учитывались [34].

Исследование проводилось в две встречи, на первой встрече устанавливался контакт и предъявлялись проективные методики, на второй – тестовые.

Статистическая обработка данных осуществлялась с помощью программы *SPSS 11.0* и *Excel-2003*. Распределение данных не отличалось от нормального по критерию Колмогорова–Смирнова, однако в связи с небольшим объемом выборки при расчете коэффициента корреляции и значимых различий мы использовали непараметрические критерии Спирмена и Манна–Уитни. Применялся *двухфакторный дисперсионный анализ* для проверки влияния одной переменной (уровня депрессии) на другую (полезависимость, полнезависимость). Для изучения взаимодействия двух переменных использовался *дисперсионный анализ* (условия его применения – нормальность распределения данных и гомогенность дисперсий в группах по критерию Ливена – соблюдались). Применялся также *кластерный анализ* для выделения двух подгрупп с разными коммуникативными стилями (древовидная кластеризация *Joining (Tree Clustering)*, правило объединения *Complete Linkage*, мера расстояния *Euclidean distance*).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Анализ и сравнение аффективно-когнитивного стиля личности у депрессивных пациентов и в группе здоровых испытуемых. По данным теста встроенных фигур Г. Виткина и шкалы депрессии Бека было обнаружено, что пациенты с депрессивным расстройством личности отличаются полезависимым когнитивным стилем (по тесту встроенных фигур Г. Виткина $U = 58$, $p \leq 0.01$) и более высоким уровнем депрессии (по шкале Бека на депрессию, $U = 81.5$, $p \leq 0.01$), чем здоровые испытуемые (U -критерий Манна–Уитни) (см. табл. 1).

Оценки по шкалам депрессии и ПЗ/ПНЗ были подвергнуты двухфакторному дисперсионному анализу (уровни факторов: первый фактор – здоровый/больной, второй фактор – уровень депрессии; зависимая переменная – уровень полезависимости/полнезависимости). Взаимодействие факторов статуса испытуемого (наличие или отсутствие депрессивного расстройства) и уровня депрессии по шкале Бека вносит вклад в определение уровня полезависимости на статистически незначимом уровне ($F = 0.92$, $p = 0.3$). Это может быть связано с небольшим размером выборки и требует перепроверки в ходе исследования с большим количеством участников. Испытуемые с низким уровнем депрессии в двух группах отличаются *сверхавтономным*² когнитивным стилем (фактор здоровый/больной: $F = 0.249$, $p = 0.6$). Испытуемые основной группы и группы контраста, обладающие высоким уровнем депрессии, показывают *сверхзависимый* стиль, что позволяет говорить о влиянии интенсивности негативного аффекта на когнитивный стиль в сторону большей *сверхзависимости* (фактор “уровень депрессии”: $F = 11.763$, $p \leq 0.01$).

Методика “Рисунок человека” позволяет оценить уровень дифференцированности Я-концепции по шкале Марленс. При этом отмечался такой феномен, как несоответствие пола первой фигуры полу испытуемого.

Средний показатель уровня дифференцированности в группе депрессивных больных выше, чем в группе сравнения и соответствует 4.14, что свидетельствует об умеренно примитивном уровне артикулированности Я-концепции [4]. Также в группе депрессивных больных несоответствие

²Термины “сверхавтономный” и “сверхзависимый” когнитивный стиль характеризуют принадлежность к полюсам, экстремумам полезависимости–автономии [7, 13, 14, 36].

Таблица 1. Различия в средних значениях по методикам в двух группах испытуемых (критерий Манна–Уитни)

Методика		Группа пациентов с депрессией	Группа контраста
Тест встроенных фигур Г. Виткина		14.25	22.34*
Шкала депрессии А. Бека		34.48*	15.43
Уровень дифференцированности (рисунок человека)		4.14*	2.69
Исключение понятий (синтез)		75*	60
Исключение понятий (анализ)		16.11*	15.6
Шкала аффилиации: стремление к людям		117.85	140.13*
Шкала аффилиации: страх отвержения		141.92*	117.31
Тест Роршаха	<i>W</i>	7.4	7.7
	<i>D</i>	5.4	8.6*
	<i>F–</i>	4.7*	2
	<i>H</i>	1.7	2.1
	<i>A</i>	7.3	8.1
	HL-уровень враждебности	3.2*	2.1
	U-уровень взаимозависимости–автономии	3.1*	2.3

* $p \leq 0.05$

пола нарисованной фигуры полу испытуемого выше, чем в группе сравнения. В контрольной группе средний балл соответствует 2.69, что говорит об умеренно усложненном уровне артикулированности Я-концепции. Применение статистических критериев оценки показало, что данное различие является статистически значимым ($U = 105$, $p \leq 0,01$) (см. табл. 1).

Кроме того, была получена высокая корреляция между показателями недифференцированности рисунка человека по шкале Марленс и полезависимости ($r = -0.423$, $p = 0.03$). При увеличении полезависимости испытуемого по тесту Виткина уровень дифференцированности Я-концепции снижается. Пациенты, страдающие депрессией, показывают достоверно более низкий уровень артикулированности Я-концепции, в среднем соответствующий умеренно примитивному уровню (классификация по шкале Марленс; цит. по [4]) ($U = 105$, $p = 0.00$). В группе депрессивных больных несоответствие пола нарисованной фигуры полу испытуемого выше, чем в группе сравнения ($U = 193$, $p = 0.01$). В группе сравнения отмечается умеренно усложненный уровень артикулированности Я-концепции (шкала Марленс; цит. по [4]). Анализируя рисунки человека по наличию и качеству связи между фигурой женщины и муж-

чины, обнаружено, что в ответах больных чаще (в 66% случаев) встречались такие формулировки: “это муж и жена; или они встречаются и скоро поженятся”, в отличие от группы сравнения. Это может указывать на большую выраженность в экспериментальной группе желания и потребности депрессивных пациентов в близких отношениях привязанности, что при указанной выше сниженной способности к артикулированности гендерных различий может интерпретироваться как относительная ослабленность мыслительных операций дифференциации, сглаживание различий в межличностных отношениях.

На недостаточную дифференцированность Я также указывает наличие следующих ответов в тесте Роршаха: увеличение количества неоформленных ответов и ответов с плохой формой (*F–*) (“извержение вулкана”, “внутренности”, “облако”, “кровь стекает” и т.д.); возрастающее количество ответов с неопределенными существами (“нереальное животное”, “чудовище”, “уродцы” и т.д.) (значимые различия, $U = 77$, $p = 0.00$). С помощью качественного анализа теста Роршаха [20] определено также, что в группе депрессивных больных, по сравнению с группой контраста, преобладают ответы типа “кровь”, “огонь”, “зло”. Это указывает на негативную аффективную

окраску и недифференцированную чувствительность, выраженную в прямой, непосредственной манере, на деструктивную или аутодеструктивную активность, импульсивную примитивную, аморфную агрессию [20].

Также важным показателем в тесте Роршаха являются ответы по движениям, которых значительно меньше в протоколах депрессивных пациентов ($U = 161.5, p = 0.004$). В соответствии с данными Г. Виткина, *М*-ответы (ответы, содержащие движения) связаны с уровнем полезависимости/автономии субъекта и их отсутствие или преобладание вынужденных, пассивных движений указывают на зависимость, внушаемость и тревожность [36].

Таким образом, аффективно-когнитивный стиль личности депрессивных пациентов отличается от аффективно-когнитивного стиля здоровых испытуемых по следующим показателям:

- 1) преобладание полезависимости;
- 2) более высокий уровень депрессии;
- 3) более низкая дифференцированность *Я*-концепции.

Выявленные характеристики свидетельствуют о влиянии интенсивности негативного аффекта на когнитивный стиль в сторону большей сверхзависимости.

Полученные результаты соотносятся с представлениями отечественной школы о том, что полезависимость–автономия и когнитивная дифференцированность являются формальными характеристиками системной организации личности и тесно взаимосвязаны между собой [12, 13, 17]. Полезависимость депрессивных пациентов определяет то, что их обедненная и стереотипизированная когнитивная сфера приводит к невозможности создания артикулированной *Я*-концепции.

У депрессивных пациентов блокируется восприятие нового опыта, так как стереотипы отношений с другими людьми, заложенные в детско-родительских отношениях, влияют на формирование всех психических функций в последующем развитии, в частности на когнитивные способности и на способность человека в зрелом возрасте создавать и поддерживать доверительные отношения со значимыми *Другими*. Дифференциация помогает различению этих отношений и осознанию различий на основе сравнения прошлого и актуального опыта. Полезависимость в свою очередь блокирует поиск нового, вплоть до отождествления нового и прошлого. Заложенные

в ранних отношениях с матерью паттерны взаимодействия из-за сложности дифференциации во взрослой жизни распространяются на все последующие коммуникации. Депрессивные пациенты характеризуются догматическим мышлением вместо диалогического, непродуктивностью и стереотипностью мышления, из-за чего затруднено тестирование реальности. Мышление осуществляется на основе сходства, исходя из старых стереотипов, возможен синтез, при котором отсутствует анализ.

Изучение особенностей репрезентации привязанности у больных депрессией по шкале аффилиации и взаимозависимости-автономии.

По данным опросника А. Мехрабьяна на аффилиацию, стремление к людям в группе депрессивных больных достоверно ниже, чем в группе сравнения ($U = 154.5, p = 0.002$). Однако страх отвержения в экспериментальной группе значимо выше ($U = 144, p = 0.001$), это может говорить о том, что в большинстве ситуаций потребность в аффилиации остается неудовлетворенной (см. табл. 1). При этом были выделены две тенденции. Первая отражает низкий уровень стремления к людям в сочетании с высоким страхом отвержения (40% случаев); такое сочетание говорит об активном избегании контактов с людьми, поиске одиночества. Эта группа может характеризоваться избегающим типом привязанности. Вторая тенденция характеризуется сочетанием высокого уровня развития мотивов стремления к людям и страха отвержения (33% случаев). Индивид, имеющий такое сочетание обоих мотивов, характеризуется сильно выраженным внутренним конфликтом между стремлением к людям и их избеганием. В данном случае можно говорить о проявлении амбивалентной привязанности, которая характеризуется, с одной стороны, желанием иметь отношения привязанности, с другой – страхом и неумением их выстраивать.

По тесту Роршаха в экспериментальной группе показатель взаимозависимости–автономии Юриста достоверно выше, чем в группе сравнения: в группе депрессивных пациентов взаимоотношения более самостоятельны и автономны, в отличие от экспериментальной группы, где взаимоотношения основаны на зависимости, слитности образов ($U = 161.5, p = 0.003$) (см. табл. 1). Таким образом, объектные отношения пациентов с депрессивным расстройством отличаются сильной зависимостью. При этом образ *Другого* часто представляется плохим и угрожающим.

Пример: пациент Дан-л. Табл. III: “Не знаю даже. Два странных человека с куриными головами почему-то”. Табл. VIII: “Например, вот два животных, задние лапы, голова, две лужицы под ногами. Вот так водная гладь, камни, скалы, они в воде отражаются, и животное переходит с одних камней на другие”. Совмещение двух образов в одном, один объект существует только как продолжение или отражение другого, слитность образов.

Также учитывая высокий показатель полезависимости по методике вставленных фигур, можно предположить, что сверхвысокая зависимость от окружения, в последствии говорит о спутанности границ Я и не-Я, бессознательном смешении чувств, часть которых защитно приписывается Другому с целью иллюзорного поддержания ощущения целостности Я. Однако обратной стороной подобной целостности, оказывается “рабская” зависимость от Другого, восприятие последнего как части своего Я, отданного Другому.

Из анализа результатов можно сделать вывод о том, что в репрезентациях межличностной коммуникации депрессивных пациентов ожидаемый образ значимого другого амбивалентен, окрашен негативным эмоциональным тоном за счет приписывания ему черт фрустрирующего, отвергающего, материнского объекта, не обеспечивающего отношений безопасной привязанности. В группе сравнения активируется рабочая модель взаимоотношений с объектом, где участники общения более самостоятельны и автономны, в отличие от экспериментальной группы, чья репрезентируемая модель взаимоотношений основана на симбиотической зависимости, диффузии или слитности образов Я и Объекта [14, 17, 19].

Пример: пациентка Нел-я. Табл. II, основной ответ: “Не знаю, тоже не нравится, какая-то кровавая, глаз не радует. Эти верхние – они к чему-то хорошему, а здесь пустота какая-то, не знаю, на что это может быть похоже, какие-то бурые пятна, выхода какого-то нет из нее, какая-то безвыходная ситуация”. Опрос: “Безвыходное положение, похоже на двух слонов, только здесь кровавые пятна, хоботы свои соединили, головы, ушки, лапы, тоже дружные они, только почему-то красное здесь”. Проекция собственных чувств пустоты, безвыходности присутствует амбивалентность, попытка скрасить ощущение негативности. Табл. III: “Так два человека что-то тянут, делят, сердце выскакивает, или любят друг друга или ненавидят, наверное, мужчина и женщина не могут со своей любовью справиться, в сердце одно, а в голове другое, и

вместе не могут и врозь”. Отношения окрашены амбивалентностью, переплетением чувств ненависти и любви.

Анализ и сравнение уровня враждебности у больных депрессией и здоровых испытуемых. По тесту Роршаха уровень враждебности репрезентаций Я–Другой в группе депрессивных больных значимо выше, чем в группе сравнения ($U = 179.5$, $p = 0.01$) (см. табл. 1). Полученная корреляция между уровнем враждебности и степенью зависимости в объектных отношениях позволяет предположить, что примитивная зависимость влияет на высокий уровень враждебности. Так, враждебность к объекту зависимости может вызываться страхом поглощения.

Пример: пациентка Сор-на. Табл. II, ответ: “Сердце. Пробитое сердце и здесь как будто аорта”. Опрос: “Сердце белое подраненное, кровь стекает, а здесь вырывается наружу, в тканях функционирует”. Отражение виктимности и враждебности. Табл. III: “Два человека что-то делят, любовно, а это мысли. Не хотят ссориться, но что-то делят”. Присутствует амбивалентность, частичное подавление агрессии. Табл. VI: “Лицо в маске, плечи, пуля. Когда отстреливают оружие. Пуля идет в человека. Кинжал на пулю”. Образ Другого угрожающий.

Репрезентации межличностной коммуникации характеризуются низкой дифференцированностью, что указывает на дефицит отношений автономного сотрудничества и тенденцией к симбиотической зависимости и поглощению в отношениях привязанности. При этом объект зависимости вызывает амбивалентные чувства, тяга к близости соседствует с враждебностью, что и обуславливает, в конечном итоге, позицию избегания эмоциональных связей. П. Фонаги, Дж. Моран и М. Таргет считают, что враждебность – это результат фрустрированной потребности в сепарации-индивидуации и может служить защитой в ответ на угрозу потери психологической идентичности [25]. Понимание онтогенетических истоков враждебности заставляет рассматривать ее в качестве вторичной защитно-компенсаторной реакции на фрустрацию автономии и самости в развивающихся отношениях с материнской фигурой на стадии сепарации-индивидуации. Сохраняющаяся у взрослого человека непреодоленная зависимость от внутренней матери, страх ее влияния на актуальную жизнь, лишаящая самостоятельности, вызывает сильные агрессивные чувства в качестве протеста. Одновременно страх

материнского отвержения в качестве наказания за утверждение самоидентичности, страх ее возможной утраты порождают враждебные импульсы, защитно обращенные на собственное Я, со злокачественным чувством вины, самонаказания и заключения самого себя в депрессивную тюрьму [14, 17, 19].

Таким образом, по результатам проведенного исследования репрезентации межличностной коммуникации депрессивных пациентов характеризуются сочетанием парадоксальных и противоречащих друг другу черт: привязанность становится невозможной из-за страха поглощения; автономия же не достижима из-за страха одиночества и повтора травматического опыта потери. Данные результаты соотносятся с циклом работ отечественной школы, в частности А.Р. Коршунова пишет: “Лицам с депрессивными расстройствами свойственно расщепление отношений на идеализированные, зеркальные и обесцененные отношения с *Другим*. Ведущим паттерном отношений становится паттерн зависимость – стремление к автономии” [4, с. 24].

При низком уровне дифференцированности и интеграции репрезентаций объектов люди характеризуются недостатком целостности, противоречивостью восприятия себя и *Другого*, неспособностью к отношениям сотрудничества, нарушением границ *Я–Другой*, недостатком сепарации-индивидуации. Также их отношения отличаются наличием агрессивно-деструктивных чувств, преобладанием пассивно-жертвенной позиции и симбиотических связей. Часто такие пациенты вызывают противоречивые чувства и у исследователя, а именно: с одной стороны, некоторая отстраненность больного от людей, его незаинтересованность, а с другой – потребность в заботе и поддержке, это же мы видим и в результатах обследования.

Одним из результатов проведенного исследования является выделение в ходе *кластерного анализа* двух подгрупп депрессивных пациентов с определенными комплексами взаимосвязанных показателей (см. табл. 2). Мы предполагали, что испытуемые со сверхзависимым и сверхавтономным когнитивным стилем будут отличаться разными стратегиями коммуникации. Анализ и интерпретация результатов в выделившихся подгруппах указывает на наличие следующих коммуникативных стратегий, свойственных депрессивным пациентам.

Стратегия “зависимости”. Данная коммуникативная стратегия характеризуется зависимой и пассивной позицией, “цеплянием” за любую

Таблица 2. Средние показатели по двум выделившимся группам депрессивных пациентов (по данным кластерного анализа)

Название	Низкий уровень депрессии	Высокий уровень депрессии
Полезависимость	Сверхавтономия	Сверхзависимость
Тест Г. Виткина	0.8	1.2
Уровень синтеза	16.3	16
Уровень анализа	61.4	58
Рисунок человека	4	5
Шкала Марленс		
Стремление к людям	116	110
Страх отвержения	137	159
Роршах <i>W</i>	8	7
Роршах <i>D</i>	6.6	5
Роршах <i>F–</i>	3.7	5.7
Роршах <i>H</i>	2	1.5
Роршах <i>A</i>	7	8
Роршах <i>c</i>	1.3	2
Юрист	2.8	3.5
Илизур	3	4.5

возможность эмоциональной связи. Потребность в эмоциональной “подпитке” всегда остается ненасыщаемой, такие пациенты постоянно испытывают изоляцию, неудовлетворенность от контакта. Они стремятся к установлению максимально близких связей со значимым другим, связей, которые угрожают собственной и чужой автономии и чреватые размытием границ *Я–Другой*.

По шкале аффилиации отмечается зависимый тип привязанности. По шкале взаимозависимости–автономии Юриста также преобладают более зависимые отношения. У данных пациентов ниже уровень анализа и синтеза, что говорит о менее развитом когнитивном стиле.

При этом у пациентов данной группы по шкале Илизура выше уровень враждебности. Качественный анализ протоколов теста Роршаха позволяет обнаружить различия враждебных репрезентаций, чаще встречаются такие феномены, как девитализация и виктимность.

Пример: пациент Дан-л. Табл. I: “*Страшный череп убитого животного*”. Табл. VI: “*Шкура убитого животного. Вот медведя убили, а шкуру распластали на две части*”. Описанные образы

лишены жизни и характеризуют жертв чьей-то агрессии.

Данный репрезентативный стиль характеризуется более высоким уровнем депрессии, сверхзависимостью, низкой дифференцированностью образа Я, расщеплением образов на абсолюты “плохие” и “хорошие”, преобладанием таких феноменов защиты, как девитализация и виктимность.

При сверхзависимости мы имеем дело с так называемой анаклитической депрессией, которая по своим внутренним механизмам соотносится с пограничным расстройством личности. В сверхзависимости здесь проявляется патологическая детская привязанность, базирующаяся на нежелании отпустить объект привязанности ни на минуту, иначе он может исчезнуть навсегда.

В исследовании у данной группы проявилось и манипулятивное поведение. Многие авторы рассматривают раннюю детскую травму как одну из причин манипуляции [4–6, 8]. В теории объектных отношений манипуляция рассматривается как способ удовлетворения базовых потребностей Эго, фрустрированных в раннем детстве. Современные классификаторы болезней подчеркивают “манипулятивное” поведение как составляющую пограничного синдрома. М. Лайнен, разрабатывая когнитивно-поведенческую терапию пограничного расстройства личности, предлагает иной взгляд на манипуляции. Она рассматривает манипулятивное поведение пациентов с ПРЛ как всего лишь призыв о помощи, нужду в заботе и внимании [7].

В современной отечественной школе структура самосознания пограничной личности характеризуется тотальной зависимостью или фрагментарностью, жестко и однозначно дихотомизированной в зависимости от удовлетворения/фрустрации базовых потребностей и потому – пристрастно-искаженной, суженной [14, 16, 17, 19, 21]. В свою очередь, зарубежные авторы подчеркивают взаимосвязь пограничного расстройства личности и аффективного расстройства [5, 8]. В частности, М. Лайнен пишет, что по ее наблюдениям пациенты с пограничным личностным расстройством часто демонстрируют тяжелое аффективное расстройство, соответствующие критериям дистимии [7].

Пациентам с данной коммуникативной стратегией свойственны такие характеристики, как инфантильность и зависимость, использование более простых, неспециализированных форм защит, привлечение внимания любыми спосо-

бами, отсутствие личных границ и вторжение в границы другого человека, нечувствительность к потребностям другого.

Стратегия “амбивалентности”. Ведущей стратегией отношений становится “зависимость – стремление к автономии”. Отмечается более открытая экспрессия агрессивных чувств в адрес значимых других, не отрицающая сохранение эмоциональной близости, что отражает возрастание толерантности к амбивалентности. Отмечается более активная позиция в отношениях, характеризующаяся более четкими границами Я–Другой.

При анализе аффилиации отмечается низкий балл по шкале страха отвержения и более высокий по шкале стремления к людям, что соответствует амбивалентному типу привязанности. Отметим, что уровень анализа и синтеза в данной группе выше, что говорит о более развитом когнитивном стиле.

Качественный анализ протоколов теста Роршаха позволяет обнаружить различия враждебных репрезентаций: у данной коммуникативной стратегии превалирует такой феномен как амбивалентность, присутствуют как враждебные импульсы, так и позитивные.

Пример: пациентка С. Табл. II: “*Два медведя в танце, то ли в чем*”; присутствует неуверенность и подавление негативности. Табл. VII: “*Две девочки, может быть, не танцуют, а ругаются*”; амбивалентность и инфантильность образов.

Таким образом, можно предположить, что данный репрезентативный стиль характеризуется низким уровнем депрессии, большей доступностью операций анализа и синтеза, сверхавтономией, лучшей дифференцированностью образа Я и относительной толерантностью к амбивалентности.

Самооценка таких пациентов опирается на образ Я, который расщеплен на грандиозный, всемогущий и неполноценный, убогий, слабый. Для их эмоциональной жизни также характерна двойственность, которая, в ответ на события реальности, выражается в скачках от эйфории к депрессии.

Различение на сверхзависимых и сверхавтономных депрессивных пациентов многие современные авторы рассматривают в качестве критерия различения двух основных типов депрессии – анаклитической и нарциссической [12, 16, 18]. Последний соотносится с подтипом нарциссического расстройства личности, где сверхавтономия является стремлением подчеркнуть собственную

индивидуальность, особенность и исключительность.

Таким образом, выделенные нами репрезентативные стили можно отнести к анаклитической и нарциссической депрессии. Первый стиль характеризуется сверхзависимостью, низкой дифференцированностью образа Я, расчленением образов на плохие и хорошие, преобладанием таких феноменов защиты, как девитализация и виктимность. Второй стиль отличается сверхавтономией, большей доступностью операций анализа и синтеза, лучшей дифференцированностью образа Я, возможностью выдерживать амбивалентность.

ВЫВОДЫ

В результате проведенного эмпирического исследования были подтверждены гипотезы о том, что аффективно-когнитивный стиль личности депрессивных пациентов отличается от аффективно-когнитивного стиля здоровых испытуемых по параметрам полезависимости и недифференцированности Я-концепции.

Соотношение репрезентаций привязанности и враждебности в группе депрессивных больных качественно отличается от группы сравнения. Уровень враждебности репрезентаций Я–Другой у депрессивных больных выше, чем в группе сравнения. Особенности переживания привязанности в группе депрессивных больных характеризуются высокой степенью примитивной зависимости, симбиотическими отношениями, слабостью границ Я–Другой.

При анализе выборки больных депрессией были выделены анаклитический и нарциссический типы депрессии, отличающиеся типом объектных отношений, когнитивным стилем личности и образом Я. Описаны две коммуникативные стратегии, свойственные пациентам с данными типами депрессии. Анаклитическая депрессия характеризуется сверхзависимостью, низкой дифференцированностью образа Я, расчленением образов на плохие и хорошие, преобладанием таких феноменов защиты, как девитализация и виктимность. Нарциссическая депрессия – сверхавтономией, большей доступностью операций анализа и синтеза, лучшей дифференцированностью образа Я, возможностью выдерживать амбивалентность.

Примененный комплекс методических процедур и проведенный синдромный анализ позволяют дифференцировать клинически разные типы депрессии, выделять специфические коммуникативные стили и разрабатывать индивидуализированные программы психологической помощи.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Боулби Дж. Создание и разрушение эмоциональных связей. М.: Академический Проект, 2006.
2. Вацлавик П., Бивин Д., Джексон Д. Прагматика человеческих коммуникаций: Изучение паттернов, патологий и парадоксов взаимодействия. М.: Апрель-Пресс, Эксмо-Пресс, 2000.
3. Грин А. Мертвая мать // Французская психоаналитическая школа / Под ред. А. Жибо, А.В. Россохина. СПб.: Питер, 2005. С. 333–361.
4. Коршунова А.Р. Аффективно-когнитивный стиль репрезентаций отношений “Я–Другой” у лиц с суицидальными попытками: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. М.: МГУ, 2005.
5. Кляйн М. Зависть и благодарность. Исследование бессознательных источников. СПб., 1997.
6. Кернберг О.Ф. Тяжелые личностные расстройства. М.: Класс, 2005.
7. Лайнен М.М. Когнитивно-поведенческая терапия пограничного расстройства личности. М.: И.Д. Вильямс, 2008.
8. Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика. М.: Класс, 2004.
9. Махвер К. Проективный рисунок человека. М., 2000.
10. Психоанализ депрессий. Сборник статей / Под ред. М.М. Решетникова. СПб.: Восточно-европейский институт психоанализа, 2005.
11. Поддубная А.В. Структура и механизмы становления профессионального самосознания // Психология и жизнь. Сборник научных трудов. Выпуск 1. М.: МОСУ, РПО, 2000. URL: <http://www.psylib.ru/statyi/sbornik/structura.php>
12. Рахманкина Е.Е. Когнитивно-аффективный стиль при соматизированных депрессиях: Автореф. дис. ... канд. пс. наук. М.: МГУ, 2000.
13. Соколова Е.Т., Бурлакова Н.С. Связь феномена диффузной гендерной идентичности с когнитивным стилем личности // Вопросы психологии. 2002. № 3. С. 41–52.
14. Соколова Е.Т., Коршунова А.Р. Аффективно-когнитивный стиль репрезентации отношений Я–Другой у лиц с суицидальным поведением // Вестник МГУ. Сер. 14. Психология. 2007. № 4. С. 48–63.
15. Соколова Е.Т., Соловьева Н.П. Особенности феноменов вины и стыда у лиц, совершивших сексуальные правонарушения // Сексология и сексопатология. № 3. 2003. С. 18–23.
16. Соколова Е.Т., Сотникова Ю.А. Связь психологических механизмов защиты с аффективно-когнитивным стилем личности у пациентов с повторными суицидальными попытками // Вестник МГУ. Сер. 14. Психология. 2006. № 2. С. 12–29.

17. Соколова Е.Т., Николаева В.В. Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях. М., 1995.
18. Соколова Е.Т. Психотерапия: Теория и практика. М.: Академия, 2002.
19. Соколова Е.Т. Самосознание и самооценка при аномалиях личности. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1989.
20. Соколова Е.Т. Проективные методы исследования личности. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1980.
21. Соколова Е.Т., Чечельницкая Е.П. Психология нарциссизма. М.: Уч-метод. коллектор "Психология", 2001.
22. Столин В.В. Самосознание личности. М., 1983.
23. Сторору Р., Брандшафт Б., Атвуд Д. Сковывающие узы и освобождающие связи // Журнал практической психологии и психоанализа. 2000. № 1. URL: <http://psyjournal.ru/j3p/pap.php?id=20000102>
24. Такха В. Обращение с потерей объекта // Журнал практической психологии и психоанализа. 2000. № 1. URL: <http://psyjournal.ru/j3p/pap.php?id=20000103>
25. Фонаги П., Моран Дж.С., Таргет М. Агрессия и психологическая самость // Журнал практической психологии и психоанализа. 2004. № 2. URL: <http://psyjournal.ru/j3p/pap.php?id=20040202>
26. Фонаги П. Точки соприкосновения и расхождения между психоанализом и теорией привязанности // Журнал практической психологии и психоанализа. 2002. № 1. URL: <http://psyjournal.ru/j3p/pap.php?id=20020105>
27. Фрейд З. Печаль и меланхолия // Психология эмоций / Под ред. В. Виллюнас. СПб.: Питер, 2006. С. 388–397.
28. Хекхаузен Х. Мотивация и деятельность. Мотив аффилиации. Т. 1. М.: Педагогика, 1986.
29. Чеснокова И.И. Проблема самосознания в психологии. М.: Наука, 1977.
30. Ainsworth M.D.S., Bowlby J. An ethological approach to personality development // American Psychologist. 1991. V. 46. P. 333–341.
31. Auerbach J., Blatt S.J. Self-representation in severe psychopathology: The role of reflexive self-awareness // Psychoanalytic psychology. 1996. V. 13. P. 297–341.
32. Abraham K. Selected papers. L., 1927.
33. Blatt S.J. Representational structures in psychopathology // Rochester Symposium on Developmental Psychopathology. V. 6: Emotion, Cognition, and Representation / Eds. D. Cicchetti, S. Toth. Rochester, N.Y.: University of Rochester Press, 1995. P. 1–33.
34. Elizur A. Content analysis of the Rorschach with regard to anxiety and hostility // Handbook of Rorschach Scales / Eds. P.M. Lerner, 1975. P. 215–260.
35. Urist J. The Rorschach test and the assessment of object relations // Journ. of Personality Assessment. 1977. V. 41. P. 3–9.
36. Witkin H.A. Psychological differentiation. N.Y., 1974.

AFFECTIVE-COGNITIVE STYLE OF INTERPERSONAL COMMUNICATION REPRESENTATION IN DEPRESSIVE DISORDERS

A. S. Filimonova

Post graduate student, psychological department, MSU after M.V. Lomonosov, Moscow

The study of correlation of individual's typical style and clinical peculiarities of person's affective-cognitive style with organization and content of interpersonal communication representation in depressive disorder ($n = 27$) and in norm ($n = 23$) is carried out. Semi-structured conversation with the elements of O. Kerbner's structured interview, H. Witkin's "Embedded figures test", "Notion-exclusion" method, A. Bek's scale of depression, A. Mehrabian's questionnaire of affiliation, K. Mahover's "Draw-a-man test" and H. Rorschach's test were used. Hypotheses that affective-cognitive style in depressive patients differs from the one in normal participants in field dependency-independency and non-differentiating were verified. It is shown that ratio of attachment and hostility representations in depressive patients are differed qualitatively from the group of comparison. Two communicative strategies peculiar to anankitic and narcissic types of depression are described.

Key words: interpersonal communication, representations, affective-cognitive style, hostility, attachment, anankitic and narcissic depression, projective methods.