

№

На правах рукописи

Ваксман
Анна Владимировна

Враждебность и агрессивность в структуре депрессии
(закономерности формирования, прогностическая значимость, терапия и
социально-психическая адаптация).

Специальность 14.00.18 - Психиатрия

АВТОРЕФЕРАТ
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Москва — 2005 год.

Работа выполнена в Федеральном государственном учреждении «Московский научно-исследовательский институт психиатрии Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»
(директор – доктор медицинских наук, профессор В.Н. Краснов)

Научный руководитель

доктор медицинских наук, профессор

О.П. Вертоградова

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук, профессор В. П. Котов

доктор медицинских наук Д. Ю. Вельтицев

Ведущая организация: Научный центр психического здоровья РАМН.

Защита состоится *21» сентября* 2005 года в 14 часов на заседании диссертационного совета (Д 208.044.01) при Федеральном государственном учреждении «Московский НИИ психиатрии Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию». Адрес 107076, Москва, Потешная улица, дом 3.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГУ «Московский НИИ психиатрии Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию».

Автореферат разослан *18» ноября* 2005 г.

Ученый секретарь

диссертационного совета

кандидат медицинских наук



Т.В. Довженко

2006-4
27379

2250200

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Актуальность исследования

Описания агрессивного поведения при депрессии содержатся в классических работах психиатров, начиная с середины XIX-го — начала XX века (Гризингер В., 1875; Крафт-Эбинг Р. В., 1890; Корсаков С. С., 1913). Данные о враждебности, агрессивном поведении, вспышках гнева у больных депрессией приводятся в современных зарубежных клинических и эпидемиологических исследованиях (Gershon E. S., 1968; Weissman M. M., 1971, 1973; Fernando S. J., 1974; Schless A. P., 1974; Fava G. A., 1982, 1986; Rosenbaum J. F., 1993; Van Praag H. M., 1998, 2001; Арана Д., Розенбаум Д., 2004). В работах отечественных психиатров также содержатся указания на «аффект гнева и раздражительность наряду с тоской и тревогой» (Нуллер Ю. Л., 1981), «синдром дисфории» (Снежневский А. В., 1983), «дисфорическую депрессию как вариант простой депрессии» (Тиганов А. С., 1997), а также антисоциальное поведение как «маску» депрессии (Смулевич А. Б., 2001). Однако исследования, специально направленные на изучение агрессивного поведения и враждебности у больных депрессией, остаются малочисленными (Киселева О. А., 2000; Ениколопов С. Н., Садовская А. В., 2000; Абрамова А. А., 2005).

В последние десятилетия интерес к взаимоотношениям агрессивных тенденций и депрессивных состояний значительно возрос в связи с исследованиями роли серотонина, как основы терапевтического действия современных антидепрессантов. Совместные клинические и биохимические исследования выявили связь между тревогой, агрессивностью и нарушением метаболизма серотонина, как у больных аффективными, так и личностными расстройствами (Goodwin F. R., 1982; Linnoila M., 1983; Apter A., Plutchik R., Van Praag H. M., 1990; Bagby R. M., 1997; Coccaro E. F., 1989, 1997; Sullivan P. E., 1994; Fava M., 1994, 1996, 1998), это дало основания для выделения отдельного варианта «тревожно-агрессивной депрессии, связанной с серотонином» (Van Praag H. M., 1996, 1997, 1998, 2001).



Однако остаются недостаточно изученными взаимоотношения агрессивности и враждебности со структурой депрессии, роль различных факторов личности и других особенностей преморбида. Предпринятое исследование направлено на изучение закономерностей формирования агрессивных и враждебных проявлений при различных типах депрессий, их взаимоотношений с другими компонентами депрессивного синдрома, а также влияния на социально-психическое функционирование больных и терапевтическую динамику депрессивных расстройств.

Цель исследования: установление закономерностей формирования и терапевтической динамики враждебных и агрессивных проявлений не криминального характера при различной структуре депрессий.

Задачи исследования:

1. Выявление особенностей структуры враждебных и агрессивных проявлений при различных типах депрессий.
2. Установление взаимоотношений враждебности и агрессивности с другими составляющими депрессивного синдрома.
3. Изучение роли враждебности и агрессивности в нарушении социально-психического функционирования больных депрессивными расстройствами.
4. Определение прогностической значимости агрессивности и враждебности в терапевтической динамике депрессий.
5. Изучение влияния психофармакотерапии на агрессивное поведение и враждебность больных депрессией.

Положения, выносимые на защиту:

1. Степень выраженности агрессии и враждебности в депрессии обнаруживает связь с типом ведущего аффекта и структурой депрессии в целом.
2. Значительное влияние на формирование и структуру агрессивных и враждебных проявлений в депрессии оказывают особенности личности, возраст больных и наличие церебрально-органической и эндокринной отягощенности в преморбиде.

4. Выбор метода психофармакотерапии, наряду с учетом типа депрессивного аффекта и структуры депрессии, требует учета характера и выраженности агрессивных проявлений и враждебности.

Научная новизна

Впервые, на основе комплексного клипико-психопатологического исследования проведен анализ и выявлены закономерности формирования враждебных и агрессивных проявлений при депрессии, их взаимоотношения с другими составляющими депрессивного состояния и структурой личности, влияние на социально-психическую адаптацию. Разработаны рекомендации по лечению и реабилитации больных.

Практическая значимость работы

Выявленные взаимосвязи агрессивного поведения, враждебности при депрессивных расстройствах открывают новые возможности диагностической оценки, прогноза, выбора методов лечения и адаптации. Полученные результаты способствуют совершенствованию диагностики и лечения больных депрессией, раннему выявлению и прогнозу динамики агрессивности и враждебности в структуре депрессивного состояния, и имеют существенное значение для улучшения социально-психического функционирования, семейных и межличностных отношений больных.

Публикация и апробация результатов

Основное содержание диссертации изложено в опубликованных работах, список которых приводится в конце автореферата. Работа апробирована на заседании проблемной комиссии «Клинико-патогенетические проблемы психиатрии» Московского НИИ психиатрии Росздрава 25 мая 2005 года.

Объем и структура работы

Работа изложена на 211 страницах машинописного текста, иллюстрирована 25 таблицами, 25 диаграммами, 1 рисунком. Диссертация состоит из введения, пяти глав, заключения, выводов, указателя литературы (включающей 224 наименования, 121 отечественных и 104 иностранных) и приложения. Во введении обоснована актуальность, сформулированы цель и задачи

исследования. В первой главе отражены основные тенденции развития взглядов на взаимосвязь агрессивных и враждебных проявлений и расстройств депрессивного спектра. Рассмотрены различные теории агрессии, гипотезы о взаимоотношении агрессии, враждебности и депрессивных состояний. Во второй главе представлена характеристика проведенных наблюдений и методов исследования. Третья глава посвящена изучению структуры депрессии в группах с различными уровнями агрессии и враждебности. В четвертой главе анализируются взаимосвязи нарушений социально-психического функционирования с агрессивными проявлениями и враждебностью. В пятой главе рассматривается терапевтическая динамика с учетом выделенных групп, влияние антидепрессантов различного спектра действия на агрессивное поведение. Заключение и выводы обобщают результаты проведенного исследования.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материалы и методы исследования

В соответствие с целью и задачами исследования обследовано 100 больных депрессией, с различной степенью выраженности агрессивных и враждебных проявлений, в условиях стационарного отделения Московского НИИ психиатрии. Состояние отвечало критериям МКБ-10 раздела «Аффективные расстройства». Исключались расстройства, не входящие в этот раздел: шизофрения, бредовые расстройства, органические расстройства, невротические и связанные со стрессом расстройства, расстройства вследствие употребления психоактивных веществ.

В исследуемой выборке преобладали женщины: 64%. Средний возраст больных — 38 лет: от 18 до 65 лет, 71% — от 20 до 50 лет. Значительную часть наблюдений составили лица с высшим образованием: мужчин 47,2%, женщин 54,7%. 41,7% мужчин и 62,5% женщин имели семью (были женаты или замужем).

Согласно критериям МКБ-10 состояние больных оценено как: F 31.3 — 18 человек (18%), F 32.1 — 12 человек (12%), F 33.1 — 50 человек (50%), F 34.0 — 4 человека (4%), F 34.1 — 16 человек (16%). Средняя длительность заболевания — 8,1 года (от 1 месяца до 35 лет). Почти у трети больных (29%) длительность заболевания составляла от 2 до 5 лет. Средняя продолжительность депрессивного состояния до начала исследования — 5 месяцев (от 2 недель до 24 месяцев). У 66% длительность депрессивного состояния — от 1 до 6 месяцев.

Степень выраженности депрессии (по шкале депрессии Гамильтона) составляла в среднем 23 балла (от 15 до 37 баллов), у 59% — более 20 баллов.

В настоящее время не существует признаваемых всеми исследователями определений агрессии и враждебности. Мы исходили из определения Л. Берковица (2001): «Агрессия — это некоторый вид поведения, физического или нет, которое мотивировано намерением причинить вред кому-то другому». Для определения «враждебности» была использована характеристика Varefoot J. C. (1989): «Враждебность — антагонистическое отношение к людям, включающее когнитивный, аффективный и поведенческий компоненты. Аффективный компонент рассматривается как ряд взаимосвязанных эмоций, включая гнев, обиду, негодование. Когнитивный компонент содержит негативные убеждения в отношении человеческой природы в целом (пессимизм), убеждения в недоброжелательности других людей по отношению к самому субъекту (враждебные атрибуции, недоверие, подозрительность). Поведенческий компонент включает разнообразные формы проявления враждебности в поведении».

При анализе психопатологической структуры депрессии, нарушений социально-психического функционирования использовалась клиническая карта, разработанная в отделении аффективной патологии МНИИП Росздрава. Дифференцированная оценка агрессивных проявлений при депрессии основывалась на показателях Шкалы агрессии, которая соответствовала «Social Dysfunction and Aggression Scale» (Wistedt B., Rasmussen A., Pedersen L.,

1990). Выделялись активные формы вербальной и физической агрессии, направленной во вне, а также дисфория (понимаемая как «гневливость, быстрое, неверное толкование событий» и отражающая выраженность враждебной настроенности), «негативизм» (как форма пассивной агрессии, выражающаяся в отказе от сотрудничества, выполнения просьб и требований других людей) и формы агрессии, направленной «на себя»: самоповреждающие действия и суицидальные мысли или попытки. Для анализа привычных паттернов агрессивных и враждебных реакций был использован опросник Басса-Дарки, который заполнялся больными самостоятельно. Оценивались формы пассивного и активного агрессивного поведения (физическая, косвенная, вербальная агрессия), проявления враждебности (обидчивость, подозрительность) и чувство вины. Преморбидные особенности личности анализировались по данным опросника PDQ-IV (Personality Disorders Questionnaire). Для изучения терапевтической динамики применялась шкала депрессии Гамильтона.

Статистические методы включали: кластерный анализ, непараметрический критерий Манна-Уитни для малых выборок, метод ранговой корреляции Спирмена. Статистические операции производились с помощью программы STATISTICA 6,0 for Windows.

Результаты исследования

Для выделения групп в зависимости от уровня агрессивных и враждебных проявлений был использован кластерный анализ.

В качестве переменных взяты показатели шкалы агрессии. Было задано 2 кластера. Выделены две группы, максимально различающиеся по выраженности агрессивных и враждебных проявлений в депрессивном состоянии.

Группа I (высокий уровень) — 42 человека.

Группа II (низкий уровень) — 58 человек.

Различия по агрессии в группах касались активных, направленных «во вне», форм поведения и дисфории. Различия по уровню негативизма (как фор-

мы пассивной агрессии) и агрессии, направленной «на себя», были не выражены.

В группе с высоким уровнем агрессивного поведения в депрессии средний возраст больных ниже ($p<0,05$), больше больных со средним специальным образованием ($p<0,05$), выше уровень органической ($p<0,05$) и эндокринной ($p<0,01$) отягощенности. В группе с низким уровнем агрессивного поведения выше уровень соматической отягощенности ($p<0,01$). По количеству мужчин и женщин в группах, семейному положению, а также диагнозам по МКБ-10 достоверных различий не выявлено.

Таблица 1 Основные характеристики I и II групп.

	группа I	группа II	P
Количество больных	42	58	
Средний возраст	35	41	<0,05
Средний возраст начала заболевания	29	31	
Мужчин (%)	13 (31%)	22 (38%)	
Женщин (%)	28 (67%)	36 (62%)	
Женаты/замужем	21 (50%)	34(58,6%)	
Образование: среднее	—	2 (3,5%)	
Образование: незаконченное высшее	6 (14,3%)	7 (12,1%)	
Образование: среднее специальное	20(47,6%)	14(24,1%)	<0,01
Образование: высшее	16(38,1%)	35(60,3%)	<0,05
Соматическая отягощенность (0-3)	1,0	1,6	<0,01
Эндокринологическая отягощенность (0-3)	1,1	0,5	<0,01
Органическая отягощенность (0-3)	1,8	1,3	<0,05
F 31.3 (%)	6 (14,5%)	12 (20%)	
F 32.1 (%)	3 (7%)	9 (16%)	
F 33.1 (%)	21 (50%)	29 (50%)	
F 34.0 (%)	3 (7%)	1 (2%)	
F 34.1 (%)	9 (21,5)	7 (12%)	

При анализе структуры депрессий специальное внимание уделялось характеру ведущего аффекта. В группе с высоким уровнем агрессии (группа I) в 60% наблюдений ведущим аффектом являлась тревога, в 33% — тоска, в 7% — апатия. При низком уровне агрессии (группа II) в 67% ведущим аффектом являлась тоска, в 19% — апатия, в 14% — тревога.

При высоком уровне агрессии и враждебности депрессия характеризовалась большей выраженностью тревоги, моторной расторможенности, страха, ипохондрических идей, эмоциональной лабильности и бессонницы. Менее выраженными были анестезия витальных эмоций и ангедония. В группе с низким уровнем агрессии тоска, апатия, идеи самообвинения были более выражены, но различия не достоверны. Группы с высоким и низким уровнем агрессии не отличались по степени выраженности депрессии (суммарный балл по шкале Гамильтона).

Анализ личностного профиля больных I группы выявил преобладание черт истерического ($p < 0,05$) и пограничного ($p < 0,01$) типа расстройства личности (по PDQ). Для больных II группы были более характерны уклоняющиеся и зависимые черты, но достоверных различий не установлено.

При клиническом обследовании и анализе объективного и субъективного анамнеза обнаружено, что больные, принадлежащие к одной группе (кластеру), различаются по степени выраженности агрессивных и враждебных проявлений, характерных для них в течение жизни. Эти данные явились основанием для проведения дополнительного кластерного анализа двух основных групп. Каждая группа анализируется как отдельная выборка. В качестве переменных использовались показатели опросника Басса-Дарки. Количество задаваемых кластеров в каждом случае равнялось 2.

Было получено 4 группы.

Группа IA: высокий уровень агрессивных и враждебных проявлений во время депрессии и в преморбиде.

Группа IB: высокий уровень агрессивных и враждебных проявлений во время депрессии и низкий в преморбиде.

Группа IIА: низкий уровень агрессивных и враждебных проявлений во время депрессии и высокий в преморбиде.

Группа IIВ: низкий уровень агрессивных и враждебных проявлений во время депрессии и в преморбиде.

Для подтверждения адекватности разделения больных использован дискриминантный анализ данных клинической карты, который показал, что выделенные группы статистически достоверно различаются по психопатологической структуре депрессивного состояния (коэффициент Lambda Wilks' 0,08, $p < 0,001$).

Группа IA (высокий уровень агрессивности и враждебности во время депрессии и в преморбиде). Группу составило 20 человек: 9 мужчин (45%) и 11 женщин (55%). Средний возраст 33 года (от 19 до 53 лет). При этом 50% больных были в возрасте до 30 лет. 55% — больные рекуррентным депрессивным расстройством, 30% — хроническим аффективным расстройством, 10% — биполярным аффективным расстройством, 5% — депрессивным эпизодом. 50% больных имели среднее специальное образование, 30% — незаконченное высшее, 20% — высшее образование. 30% больных состояли в браке.

Средняя длительность заболевания — 6,4 года (от 4 месяцев до 27 лет). Средняя длительность депрессивного состояния до начала исследования — 3,6 месяца (от 1 до 18 месяцев).

С подросткового возраста у обследованных отмечалась нестабильность взаимоотношений с окружающими, неумение устанавливать длительные или постоянные крепкие отношения. В большинстве случаев они не имели четких целей в отношении работы или учебы, отличались изменчивостью интересов, неспособностью к длительным волевым усилиям, были нетерпеливы, импульсивны, эгоистичны, упрямы. Не переносили критических замечаний, часто интерпретировали действия или слова других как унижающие их достоинство, искали скрытый смысл в поступках окружающих. Претенциозность сочеталась с чувствительностью к оценкам других.

Постоянно испытывали недоверие к людям, при малейшем возбуждении становились резкими, грубыми. Агрессивное поведение чаще было косвенно направлено на «обидевшего» или же не имело конкретной цели, проявляясь как взрыв ярости. Реже агрессия выражалась в оппозиционности, пассивном сопротивлении, отказе от выполнения просьб или требований. В ответ на критику или замечание они легко могли оскорбить человека, прибегали к уничижительным характеристикам, описывая других людей. В ссорах часто применяли физическую силу.

В состоянии депрессии больные были нетерпеливы, легко становились гневливыми, злобными. Их отношение к окружающим носило оттенок подозрительности и недоверия, постоянного недовольства. В кругу семьи часто оскорбляли родных, могли ударить. Высказывали ехидные замечания при рассказе о своих родственниках, нередко старались очернить их. Заявляя о недостатке внимания и сочувствия, обвиняли окружающих в неискренности, когда те проявляли это внимание, пытались обесценить их попытки помочь. Менее близкие люди вызвали недовольство, неприязнь, «зависть к хорошей жизни и самочувствию». Легко ввязывались в ссоры с посторонними людьми: при отсутствии немедленного удовлетворения их просьбы или на замечание отвечали грубостью. Наряду с этим был высок уровень самоповреждений (среди больных женского пола: нанесение себе порезов и ожогов) и суицидальных попыток. Выраженность самоповреждающего поведения увеличивалась при углублении тревоги, напряжения, актуализации пессимистических мыслей о будущем, выраженного снижения самооценки.

Группа IV (высокий уровень агрессивности и враждебности во время депрессии и низкий в преморбиде). В группу вошло 22 человека: 5 мужчин (22,7 %) и 17 женщин (77,3%). Средний возраст 37 лет (от 20 до 57 лет). Рекуррентное депрессивное расстройство — 46%, хронические аффективные расстройства (циклотимия и дистимия) — 27%, биполярное аффективное расстройство — 18%, депрессивный эпизод — 9%. Высшее образование имели 45,5%, среднее специальное 45,5 %, незаконченное высшее 9%. Состояли в

браке 68%. Средняя длительность заболевания составила 6,1 года (от 0,5 года до 25 лет). Средняя длительность депрессивного состояния до начала исследования — 4,5 месяца (от 1 до 18 месяцев).

С детства обследуемые были активными, общительными, стремились выделяться среди сверстников, привлекать к себе внимание. В подростковом возрасте активно интересовались противоположным полом, с удовольствием принимали знаки внимания, стремились к этому. Став взрослыми, сохраняли стремление к вниманию окружающих, обидчивость, не переносили одиночества, боялись быть отвергнутыми, страдали от критики и замечаний. Были способны устанавливать длительные, глубокие отношения. Проявляли теплоту, отзывчивость по отношению к другим, но часто и чрезмерную привязанность, зависимость от близких людей (родителей или партнера). В конфликтных ситуациях агрессия ограничивалась открыто выражаемым недовольством, носившем характер кратковременных вспышек гнева, за которые потом просили прощения. При затягивающихся конфликтах чувствовали себя оскорбленными, непонятыми, однако, получая необходимое внимание, с легкостью шли на примирение, искренне стремились загладить вину.

С развитием депрессии больные становились вспыльчивыми, «капризными», резкими и грубыми в общении с родственниками. Открытые проявления агрессии (физической или вербальной) ограничивались «семейным кругом». Прямой физической агрессии чаще подвергались дети. После этого быстро появлялось чувство вины, со слезами начинали просить прощения, раскаивались в совершенном поступке, объясняли, что действовали «сгоряча». Жаловались на чувство одиночества, непонимание со стороны близких людей, были обижены на них. Становясь еще более нуждающимися во внимании и поддержке людей, к которым привязаны, во время депрессии и не умея получить эту поддержку конструктивными способами, они становились чрезмерно требовательными, раздражительными, обвиняли близких в черствости и равнодушии. В отношениях с друзьями и коллегами продолжали

оставаться спокойными, появляющееся раздражение или недовольство старались подавить, сдерживать. Самоповреждения и суицидальные попытки имели демонстративный характер, что в последствие признавалось самими больными.

В обеих группах (IA и IB) отмечался высокий уровень агрессивных проявлений во время депрессивного состояния. В группе IB был в целом ниже уровень агрессии направленной на других, агрессивное поведение ограничивалось членами семьи. Достоверно ниже была выражена дисфория ($p < 0,001$) и дезадаптивное поведение ($p < 0,01$). Больные были менее враждебны: обидчивы, но не подозрительны. В этой же группе реже отмечались аутоагрессивные (самоповреждающие) действия и суицидальные мысли или попытки. Выраженность суицидальных тенденций достоверно отличалась ($p < 0,01$) по сравнению с группой IA.

Депрессия в обеих группах характеризовалась наличием выраженной тревоги (таблица 2). В группе IA в 10 наблюдениях доминировал тревожный аффект, в 8 — тоскливо-тревожный, в 2 — апатия с тревожными включениями. Тревога ощущалась как чувство постоянного тяжело переносимого внутреннего напряжения, «внутренней дрожи». Тоска переживалась как чувство внутренней опустошенности, подавленности, «беспричинной угнетенности», с пессимистической оценкой, как прошлого, так и будущего, сверченными идеями малоценности, ангедонией. В группе IB в 15 наблюдениях ведущим аффектом была тревога, в 6 — тоска, в 1 — апатия. Тревога ощущалась как постоянное беспокойство о будущем, о собственном здоровье и сочеталась с выраженной эмоциональной лабильностью, плаксивостью, физической утомляемостью. В 60% наблюдений отмечались вегетативные приступы по типу панических атак, в этих случаях присутствовал страх возникновения приступа и был существенно выражен соматический компонент тревоги (вегетативные, сердечно-сосудистые, респираторные симптомы). Тоска переживалась как грусть, уныние, удрученность своим состоянием, сопровождалась снижением интересов и ангедонией. В обеих группах были

значительно выражены моторная и идеаторная расторможенность, не отмечалось существенного снижения аппетита и либидо. Расстройства сна проявлялись в нарушении засыпания и бессоннице в течение ночи. Сравнение группы IA и IB показало достоверно большую выраженность страха ($p < 0,05$) в группе IB, а «беспредметной тревоги» ($p < 0,05$) и суицидальных тенденций ($p < 0,01$) — в группе IA.

Активные проявления агрессии, направленной «во вне» в группах IA и IB отмечались при выраженной тревоге. Враждебность была выше у больных с большей выраженностью «беспредметной» тревоги в обеих группах, а в группе IA отмечалось нарастание враждебности и при углублении тоски и пессимизма в отношении собственного состояния. Аутоагрессивные действия в обеих группах сочетались со снижением самооценки. Суицидальные мысли или попытки в группе IA в равной степени были связаны с усилением тревоги и тоски, а в группе IB — в большей степени с усилением тоски.

У больных группы IA был выявлен достоверно большая выраженность пограничных ($p < 0,01$), нарциссических ($p < 0,01$) и паранойяльных ($p < 0,01$) черт личности, а у больных группы IB — истерических ($p < 0,05$).

Отмечено также, что в группе IA был ниже средний возраст больных, меньше женщин и больных, состоящих в браке, чем в группе IB. Достоверных различий в представленности органической, эндокринной и соматической отягощенности не выявлено.

Группа IA (низкий уровень агрессивности и враждебности во время депрессии и высокий в преморбиде). В группу вошло 22 человека: 9 мужчин (41%) и 13 женщин (59%). Средний возраст 39 лет (от 19 лет до 59 лет). 59% составили больные рекуррентным депрессивным расстройством, 27% — биполярным расстройством, 9% — депрессивным эпизодом, 5% — дистимией. Более половины больных имело высшее образование (59%), 18% среднее специальное, 14% незаконченное высшее, 9% среднее. Состояли в браке 59%.

Средняя длительность заболевания — 8,8 года (от 1 до 35 лет). Средняя длительность депрессивного состояния — 5,1 месяца (от 1 до 24 месяцев).

В течение всей жизни, обследованных отличала старательность, обязательность, активность, целеустремленность. Они хорошо учились, стремились к достижениям в работе, карьерному росту. При этом у пациентов биполярным расстройством отмечалась неуверенность в собственной самооценке, предпочитаемых ценностях, целях, частое ощущение пустоты и скуки, нестабильность эмоциональных реакций, колебания отношений с окружающими от идеализации до обесценивания. Все представители этой группы отличались чрезмерной привязанностью к близким людям. В работе и учебе проявляли склонность к преувеличению возможных трудностей с уклонением от решения сложных задач, затруднялись при приеме самостоятельных решений. При получении достаточной поддержки проявляли настойчивость и целеустремленность.

Обследуемые не стремились к конфликтам, не начинали ссоры первыми, а при их возникновении пытались избежать прямой агрессии, несмотря на возникающие чувства злости или обиды. «Требовалась серьезная причина», «сильный стимул», чтобы «накричать», «вступить в драку». Испытывая недовольство или возмущение чем-либо, вначале предпочитали пассивное сопротивление, но, в дальнейшем, проявляли как вербальную (открыто оскорбляли, высмеивали, других людей), так и физическую агрессию.

С развитием депрессии больные отмечали, что стали «реже злиться», «то, что раньше бы не понравилось — теперь воспринималось безразлично», а если что-либо и вызывало обиду или негодование — «не было ни желания, ни сил отвечать». В этих случаях предпочитали «замолчать и уйти», пытались хоть этим дать понять, что недовольны. Лишь на начальных этапах развития состояния присутствовали резкость в ответах, быстро возникающая обида, чрезмерная требовательность, нетерпеливость присутствовала лишь на начальных этапах развития состояния. Самоповреждений в этой группе не было. Мысли о смерти занимали существенное место в переживаниях, но они отмечали, что «предпочли бы заснуть и умереть, чем жить такими», но «сделать что-то с собой нет решимости и сил».

Группа ПВ (низкий уровень агрессивности и враждебности во время депрессии и в преморбиде). Группу составили 36 человек: 13 мужчин (36%) и 23 женщины (64%). Средний возраст — 42 года (от 19 до 68 лет). Рекуррентное депрессивное расстройство — 44%, 19,5% — депрессивный эпизод умеренной степени, 17% — биполярное аффективное расстройство, 19,5% — дистимия или циклотимия. 61% больных имели высшее образование, 28% среднее специальное, 11% незаконченное высшее. 58% больных состояли в браке.

Средняя длительность заболевания — 9,8 года (от 1,5 месяцев до 35 лет). Средняя длительность депрессивного состояния до начала исследования — 5,9 месяца (от 2 недель до 24 месяцев).

Больных этой группы отличала обязательность, исполнительность, ответственность. В детстве и подростковом возрасте они редко нарушали дисциплину, «не создавали проблем». Испытывая сильную привязанность к близким, стремились скрывать свои негативные переживания, чтобы «не расстраивать никого». Редко проявляли раздражение чем-либо, чаще пытались скрыть свое недовольство, боялись «задеть», «обидеть» кого-либо, не вступали в конфликты, были подчиняемыми, не стремились к доминированию, соглашались с мнением других, даже если оно противоречило их собственному. В возникающих трениях склонны были винить себя.

В депрессивном состоянии отсутствовали какие-либо прямые проявления агрессии (как физической, так и вербальной). Незначительная раздражительность, особенно при невозможности избежать контактов и общения, которые их тяготили, отмечалась при наличии тревоги. Больные чаще пытались уклониться от общения с окружающими, не стремились подробно рассказывать о своих переживаниях. Подчиняясь необходимости сделать это, испытывали недовольство, открыто его не высказывали, но тяготились им.

Между группами с низким уровнем агрессии и враждебности в депрессии (группы ПА и ПВ) отличия были незначительны. Уровень агрессии, направленной вовне, был низок в обеих группах, но у больных группы ПА чаще возникала раздражительность и выраженность ее была больше, чем в группе

ПВ ($p < 0,01$), чаще присутствовала враждебная настроенность. В группе ПА были более выражены суицидальные тенденции ($p < 0,01$), но не отмечалось аутоагрессивных (самоповреждающих) действий. В группе ПВ отсутствовали проявления прямой вербальной агрессии и физической агрессии, был выше уровень негативизма.

Структура депрессии в группах ПА и ПВ имела определенные отличия. В группе ПА в 8 наблюдениях аффект можно было охарактеризовать как тоскливый, в 6 — тоскливо-тревожный, в 2 — тревожный, в 6 — апатический. Тоска сопровождалась ощущением «тяжести на душе», выраженной идеаторной и моторной заторможенностью. Были значительно выражены психическая анестезия, ангедония. Существенное место занимало снижение самооценки (доходящее до уровня сверхценных идей). Присутствовали окончательные ранние пробуждения, выраженное снижение аппетита, сопровождавшееся потерей веса. В группе ПВ ведущий тоскливый аффект отмечался в 15 наблюдениях, тоскливо-тревожный — в 10, тревожный — в 6, апатический — в 5. Больные описывали свое настроение как подавленное, с ощущением бессилия перед болезнью, за которое винили себя. Возникающие тревожные мысли касались собственного здоровья, а также благополучия близких, о которых больные не могли в это время заботиться в достаточной степени. Анестезия затрагивала в большей степени витальные эмоции. Нарушения сна чаще касались засыпания, реже отмечались окончательные ранние пробуждения. В группе ПА по сравнению с группой ПВ статистически достоверно выше были показатели «беспредметной» тоски ($p < 0,05$), идеаторной заторможенности ($p < 0,05$), апатии ($p < 0,01$), снижения самооценки ($p < 0,05$), анестезии высших эмоций ($p < 0,05$), суицидальных тенденций ($p < 0,01$).

В группе ПА была больше выраженность нарциссических и пограничных черт личности ($p < 0,01$).

Достоверных различий в соотношении мужчин и женщин, уровне образования и семейного положения, соматической, органической и эндокринологической отягощенности в группах ПА и ПВ не выявлено.

Согласно данным корреляционного анализа всей выборки установлена умеренная корреляционная связь агрессии, направленной «во вне», с тревогой ($r=0,45$ $p<0,01$), страхом ($r=0,27$ $p<0,01$), эмоциональной лабильностью ($r=0,44$ $p<0,01$), органической отягощенностью ($r=0,31$ $p<0,01$). Агрессии, направленной «на себя», была связана со снижением самооценки ($r=0,42$ $p<0,01$) и идеями вины ($r=0,37$ $p<0,01$), пограничными ($r=0,35$ $p<0,01$), депрессивными ($r=0,36$ $p<0,01$) и зависимыми ($r=0,35$ $p<0,01$) чертами личности. Активные формы агрессии (косвенная и прямая вербальная, физическая, раздражительность, дезадаптивное поведение) и дисфория коррелировали с выраженностью тревоги ($0,34<r<0,42$ $p<0,01$), эмоциональной лабильности ($0,32<r<0,52$ $p<0,01$), и слабая с выраженностью страха ($0,25<r<0,29$ $p<0,05$). Для негативизма выявлена слабая корреляционная связь, как с тревогой ($r=0,42$ $p<0,05$), так и с тоской ($r=0,25$ $p<0,05$). Обнаружены статистически значимые, но слабые корреляционные связи активных форм агрессии с выраженностью пограничных, нарциссических, истерических черт ($0,20<r<0,29$ $p<0,05$) и умеренная связь между негативизмом и выраженностью пограничных черт ($r=0,34$ $p<0,01$).

Полученные данные позволяют заключить, что активные формы агрессивного поведения в депрессии имеют более тесные соотношения со структурой депрессивного состояния, чем с личностью больного. Пассивные формы, враждебная настроенность и агрессивное поведение, направленное «на себя», в равной мере связано как со структурой состояния, так и с личностными характеристиками.

Отмечены определенные различия в зависимости от пола и возраста. У женщин в депрессии был выше уровень враждебной настроенности и активных форм агрессии, у мужчин – негативизма и агрессии, направленной «на себя», но разница не была статистически значима. Уровень агрессии и враждебности имел достоверную обратную связь с возрастом больных ($0,21<r<0,27$ $p<0,05$).

Оценка влияния агрессии и враждебности на социально-психическое функционирование проводилась по показателям двух основных групп (I и II).

Нарушение социально-психического функционирования в группе I проявлялось преимущественно в сфере межличностных обязанностей, общения, сексуальной сфере. При этом уровень агрессии положительно коррелировал с уровнем нарушений в сфере межличностных обязанностей ($0,57 < r < 0,70$ $p < 0,01$), и отрицательно с уровнем нарушений в сфере неформального общения ($-0,48 > r > -0,55$ $p < 0,01$) и сексуальной ($-0,54 > r > -0,56$ $p < 0,01$). Уровень враждебности имел положительную корреляцию с уровнем снижения функционирования в сфере межличностных обязанностей ($r = 0,55$ $p < 0,01$), неформального общения ($r = 0,53$ $p < 0,01$) и сексуальной ($r = 0,50$ $p < 0,01$). Более выраженное снижение функционирования в сфере профессиональных и бытовых обязанностей отмечалось в группе IA. Агрессивное поведение и враждебность больных отражалась на их взаимоотношениях с окружающими, нарушения в профессиональной сфере носили опосредованный характер — в связи с конфликтностью, недостаточной способностью к сотрудничеству. В группе II в целом выявлена отрицательная тенденция связи между уровнем дезадаптации и уровнем агрессивности и враждебности. Различия между больными группы IIA и IIIB состояли в том, что в группе IIA происходило быстрое нарастание снижения функционирования по всем сферам. В группе IIIB более выраженное снижение отмечалось в сфере собственных интересов и в меньшей степени в сферах, затрагивающих интересы других людей (бытовые и межличностные обязанности).

При выборе методов лечения исследованных больных, учитывалась структура депрессии, в первую очередь характер ведущего аффекта. Анализируя применявшиеся методы лечения, установлено, что монотерапия антидепрессантами оказалась результативной в группе IIIB, а антидепрессанты «нового поколения» чаще применялись (золофт, коаксил, ремерон, феварин) в группе IV. Добавление нейролептиков было актуальным для группы IA.

Таблица 2. Принципы терапии.

	Группа IA	Группа IB	Группа IIIA	Группа IIIB
Сочетанная терапия АД и нейролептиками (%)	40	36	18	11
Монотерапия АД (%)	60	64	82	89
Монотерапия АД «нового поколения» (%)	45	55	48	39

Для более подробного анализа закономерностей терапевтической динамики было проведено сравнительное исследование эффективности золофта (15 человек), коаксила (17 человек), лудиомила (15 человек), мелипрамина (15 человек).

Полученные результаты показывают, что на фоне терапии антидепрессантами снижение выраженности агрессивных и враждебных проявлений происходит на 50% в течение 2-3 недель, полной редукции к окончанию курса терапии подвергаются проявления агрессии, направленные «на себя». Снижение активных, прямых форм агрессивного поведения начинается раньше и происходит более значительно, чем изменение пассивных, косвенных, скрытых форм или враждебного отношения. Отмечалось сходство влияния на агрессивные проявления золофта и лудиомила, при более медленной динамике редукции при приеме золофта в течение первых 1,5 недель терапии. Достоверные различия ($p < 0,05$) по степени редукции агрессии «во вне» были получены при сравнении золофта, коаксила и мелипрамина ($p < 0,01$). Отмечена меньшая степень редукции прямой и косвенной вербальной агрессии при сравнении мелипрамина и остальных препаратов ($p < 0,05$). Коаксил был менее эффективен в отношении дисфории ($p < 0,05$). Влияние на выраженность агрессии, направленной «на себя», в группах, получавших разные препараты, достоверно не различалось — эффективность всех препаратов была одинаково высока.

ВЫВОДЫ:

1. Характер и степень выраженности агрессивных и враждебных проявлений обнаруживают связь с типом ведущего аффекта и структурой депрессии в целом.

2.1. В группе с высоким уровнем агрессии и враждебности в депрессии достоверно чаще ведущим аффектом является тревога. Преобладают активные формы агрессивного поведения: косвенная и прямая вербальная агрессия, раздражительность, физическая агрессия. Больные дисфоричны, подозрительны, обидчивы. Депрессия характеризуется большей выраженностью моторной расторможенности, ипохондрических идей, страха, эмоциональной лабильности, бессонницы.

2.2. В группе с низким уровнем агрессии и враждебности ведущим аффектом достоверно чаще является тоска. Агрессивные проявления слабо выражены, носят в значительной степени пассивный характер, ограничиваясь кругом семьи и близких. Нивелируются формы агрессивного поведения, свойственные личности до развития депрессии. Депрессия характеризуется выраженной моторной заторможенностью, витальной анестезией, ангедонией.

3. Характер агрессивного поведения и враждебности обнаруживает определенные соотношения с типом тревоги и степенью выраженности агрессивного поведения в преморбиде.

3.1. При высоком уровне агрессии и враждебности в преморбиде агрессивное поведение в депрессии (распространявшееся как внутри, так и вне семьи) включает преимущественно активные формы и сочетается с выраженной подозрительностью (как видом враждебности). Значительной выраженности достигают суицидальные тенденции и самоповреждающие действия. Тревога носит характер постоянного, тяжело переносимого напряжения, «внутренней дрожи».

3.2. При низком уровне агрессии и враждебности в преморбиде в депрессии агрессивное поведение ограничивается «семейным кругом». Степень выраженности агрессивных проявлений ниже, враждебность представлена

высоким уровнем обидчивости. Аутоагрессивное поведение носит демонстративный характер. Тревога переживается как беспокойство, связанное с конкретными событиями, страх перед определенными ситуациями. Значительно выражен соматический компонент тревоги. вегетативные нарушения, респираторные и сердечно-сосудистые симптомы.

4. К предикторам развития агрессивных и враждебных проявлений в депрессивном состоянии может быть отнесен молодой возраст, сопутствующая церебрально-органическая и эндокринная отягощенность, наличие особенностей личности, характерных для эмоционально-неустойчивого (пограничного), демонстративного, нарциссического типа.

5. Активные формы агрессивного поведения в депрессии тесно связаны со структурой депрессии и меньше с особенностями личности, пассивные формы и аутоагрессивное поведение в равной мере связаны как со структурой депрессии, так и с преморбидом.

6. Агрессивное поведение и враждебность в депрессии оказывают влияние, прежде всего, на уровень адаптации в межличностных взаимоотношениях. Уровень агрессии во время депрессивного состояния положительно коррелирует с уровнем нарушений в сфере межличностных обязанностей, и отрицательно с уровнем нарушений в сфере неформального общения и сексуальной сфере. Уровень враждебности имеет положительные корреляции со снижением функционирования в сфере межличностных обязанностей, неформального общения и сексуальной. Влияние агрессивности на сферу профессиональных интересов и бытовых обязанностей проявляется через нарушения в сфере межличностных взаимоотношений.

7. Выбор метода психофармакотерапии, наряду с учетом типа депрессивного аффекта и структуры депрессии, определяется наличием и выраженностью агрессивных проявлений в депрессивном состоянии и особенностями преморбида. При лечении больных с высоким уровнем агрессивных и враждебных проявлений в депрессии и в преморбиде целесообразно включение в терапию, помимо антидепрессантов,

нейролептиков с преимущественным седативным спектром. При высоком уровне агрессивных и враждебных проявлений во время депрессии, но низком в преморбиде, возможна монотерапия серотонинэргическими антидепрессантами.

Список работ, опубликованных по теме диссертации:

1. Агрессивность и враждебность в структуре депрессии.// Материалы Российской конференции «Аффективные и шизоаффективные расстройства». — Москва. — 2003. — С. 26.
2. Особенности агрессивности и враждебности у депрессивных больных с патологией щитовидной железы.//Материалы Всероссийской научно-практической конференции памяти профессора А. И. Белкина. — Москва. — 2004. — С. 25-26.
3. Агрессия и социально-психическое функционирование больных депрессией.//Материалы Российской конференции «Современные тенденции организации психиатрической помощи: клинические и социальные аспекты». — Москва. — 2004. — С. 392.
4. Агрессивное поведение и депрессия.//Психическое здоровье и безопасность в обществе. Первый национальный конгресс по социальной психиатрии. — Москва. — 2004. — С. 29-30. (Соавт. Вертоградова О. П.)
5. Агрессивность и враждебность в структуре депрессии.//Материалы 14 съезда психиатров России. — Москва. — 2005. — С. 117. (Соавт. Вертоградова О.П.)
6. Депрессия как фактор дезадаптации.//Материалы 14 съезда психиатров России. — Москва. — 2005. — С. 97-98. (Соавт. Вертоградова О. П., Степанов И. Л., Максимова Н. М., Петухов В. В., Бурминский Д. С., Целищев О. В., Губо С. Ю., Стремоусова М. С., Кошкин К. А.)



Ваксман Анна Владимировна

**Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук**

Подписано в печать 14.11.2005 г. Формат 60х90, 1/16.
Объем 1,5 п.л. Тираж 120 экз. Заказ № 870

Отпечатано в ООО “Фирма Блок”
107140, г. Москва, ул. Краснопрудная, вл.13. т. 264-30-73
www.blok01centre.narod.ru

Изготовление брошюр, авторефератов, печать и переплет диссертаций.



№ 22924

РНБ Русский фонд

2006-4

27379