

УДК [159.9.072.43](#)-159.972-616.89-616-052

***Застосування психодинамічного інтерв'ю в патопсихологічному
обстеженні***

Резюме: психодинамічне інтерв'ю дозволяє цілісно охопити особистість пацієнта в процесі патопсихологічного обстеження. Ключові моменти діагностики включають в себе не тільки порушення когнітивних чи емоційно-вольових процесів, а також способів особистісного реагування в залежності від патології. Дослідження здатності адекватно тестувати й ідентифікувати реальність і власне «Я», характерні механізми психологічного захисту чи стратегії опанування фрустрації, динаміка основних внутрішніх конфліктів допомагають збагатити уявлення про стан психологічний пацієнта й провести адекватну диференційну діагностику.

Ключові слова: патопсихологічна діагностика, психодинамічне інтерв'ю, психодинамічне формулювання, механізми психологічного захисту

Діагностика психічних порушень з кожним роком набуває актуальності, як у зв'язку з патоморфозом основних клінічних проявів, так і з тенденцією на превентивне попередження.

В роботі медичного (клінічного) психолога діагностичний процес займає левову частку професійної діяльності. Останнім часом з уніфікацією класифікацій, впровадженням протоколів лікування патопсихологічне обстеження, в своїй більшості, на разі залишається не змінним.

З розвитком біомедичної позиції (в основі психічних порушень лежить органічні зміни біохімічного чи структурного характеру) певною мірою витіснилась інша точка зору, відповідно до якої хвороби психіки існують як окрема інстанція не пов'язана з органічним пошкодженням. Одночасно з теоріями Крепеліна З.Фройд сформулював нову модель для «чисто психічних

хвороб». Основна думка в моделі Фрейда залишилася та ж: психічні розлади можна пояснити центральним дефектом, що існує у самому індивіді; однак дефект цей лежить не у фізичній, а в психічній сфері й викликаний якимось не переробленим й неусвідомленим конфліктом. Цитуючи Muck (1974): «На додаток до вже відомих вірусів, бактерій, генів, рентгенівських променів, отрут і т.д. психоаналіз відкрив ще одну причину: конфлікт, що став несвідомим».

Відповідно до концепції К.Ясперса, шлях до розуміння цих змін лежить головним чином через сферу переживань хворого. Для розмежування психопатологічних одиниць використовується не первинне порушення, первинний дефект, що проявляється у психічній сфері, а саме дефект переживання, незалежно від того, обумовлений він психічними, соціальними або соматичними причинами.

Дослідження феноменів психічної діяльності дозволяє збагатити уявлення про особистість пацієнта. Працюючи з особистістю як основним предметом дослідження, ми в першу чергу звертаємо увагу поведінкові та емоційні відреагування, які стали частиною характеру, способом реагування на захворювання чи причиною виникнення тих або інших психопатологічних феноменів.

Ми вважаємо, що на даний момент було б хибним вивчати психічні захворювання чи порушення, без огляду психодинамічної сторони поведінкових та емоційних проявів.

Фрейдівський психоаналіз дав можливість звернути увагу на плин психічних процесів в залежності від особистісних паттернів. Неусвідомлені мотиви та спонукання, неусвідомлені (витісненні) афективні реакції, особливості взаємодії з соціумом та власними образами «Я», через призму об'єктних відносин дитинства, все це дає підґрунтя для формування особистості та характеру.

Дослідження психічних процесів в динаміці є основою патопсихології, що підкреслює спорідненість поглядів на змінність психічних процесів в часі

чи структурі захворювання. Психодинамічний підхід розуміння психопатології, на відміну від феноменологічного, включає розгляд інстинктивного фокуса свідомих й неусвідомлених конфліктів, організацію механізмів психологічного захисту (направлення на уникнення конфлікту чи заперечення) і домінуючий стиль характеру, перевага афективного або когнітивного рівнів функціонування, здатності до зрілого відреагування та усвідомлення власних проблем, тим самим не претендуючи на перманентність в психічних явищах [1, 3, 4, 5, 6]. Психодинамічну феноменологію психічних порушень слід розглядати як сукупну дію двох або більше антагоністичних сил. Зіткнення несвідомих афектів, спонукань, мотивів, що перманентно бажають проявитись та тиску системи свідомого, що керується принципом «реальності». Так компульсивне дотримання порядку, є результируючою дією неусвідомленого бажання мати змогу бути неохайним (метафорично «вільним від упереджень») й морального супротиву свідомим бажанням «усе має бути на своєму місці» (метафорично «хаос лякає»). Дана компромісність не завжди явно виступає в клініці психічних феноменів, так при депресії втрата об'єкту «любові» (в контексті: важливість даного факту, явища, події в суб'єктивному просторі особистості) супроводжується інтродекцією його у власне «Я»: неусвідомлене бажання бути владним над ним і непродуктивна проекція негативних емоцій по відношенню до нього, усвідомлення, що час минув, людину не повернеш, виявляється у відчутті провини та малоцінності.

В клінічній практиці неодноразово зустрічаєшся з фактом, коли психопатологічні феномени не вкладаються в характерну синдромологію. Диференційна діагностика шизофренічного спектру порушень з порушеннями особистості параноїдного та шизоїдного типів, часто не задовольняється діагностичними методиками по типу ММРІ. Так не чітка картина наявності продуктивної симптоматики з анамнезу й варіабельність порушень мислення призводить до діагностичних помилок.

Останнім часом зустрічається злиття діагностичних меж. Для прикладу обсесивно-компульсивний розлад особистості часто протікає з аутизацією пацієнта феноменологічно схожою до шизофренічної. Наявність травм чи струсів голови зі слів пацієнта одразу звертає нас до пошуку когнітивного зниження як результат органіки, в той час як дитяча депривація в дитинстві могла стати причиною схожих когнітивних порушень. В ході дослідження динаміка когнітивних процесів буде різною, а оцінка усвідомленості даних порушень може свідчити про кращий прогноз для особистості.

Однак ми повинні зауважити, що психодинамічна діагностика не направлена на кількісний аналіз для встановлення психіатричного діагнозу. В першу чергу направлена на прояснення їх природи та динаміки в процесі формування особистості психічно хворої людини, що в свою чергу повинно забезпечувати якісний аналіз для встановлення психіатричного діагнозу.

Н.Мак-Вільямс виділяє щонайменше п'ять взаємозалежних переваг діагностики: використання «діагнозу» для планування лікування та його прогноз; захист інтересів пацієнтів; діагностичний процес може допомогти терапевтові в емпатії своєму пацієнтові й, нарешті, діагноз може зменшити ймовірність того, що деякі боязкі пацієнти ухиляться від лікування [5].

В даному контексті під «діагнозом» ми розуміємо психодинамічне формулювання ситуації пацієнта. На відмінну від звичного психіатричного діагнозу (який в більшому контексті є ярликом, для прикладу: Параноїдна шизофренія, безперервний тип перебігу, апато-дисоціативний дефект – МКБ-10 шифр F20.0); психодинамічне формулювання націлене саме на узагальнення та пояснення найбільш важливих факторів інтрапсихічного і соціального життя індивіда [7, 8].

У випадку формулювання ситуації пацієнта робиться акцент не тільки на отриманні інформації про психічний статус, але й зокрема на тому, як пацієнт почуває й реагує в різних ситуаціях, чому події впливають один за одним і який зміст це має для пацієнта. Крім детального опитування інтерв'юер використовує досвід взаємодії з пацієнтом для збору інформації,

наприклад, характер взаємодії інтерв'юера й пацієнта й почуття інтерв'юера в ході й після інтерв'ю можуть допомогти зробити висновок про характерні способи взаємодії й реагування на хворобливі події [5, 7].

На відміну від діагнозу, що містить інформацію про типовий перебіг хвороби, його типові ознаки і прогноз, психодинамічний «діагноз», бере до уваги й ті індивідуальні фактори, які дозволяють диференціювати очікуваний прогноз одного індивіда від іншого. Прогнозування щодо результативності в останньому випадку більш варіабельне й тому валідне, хоча і не претендує на основний аспект в лікуванні й до визначенні проблеми пацієнта. Психодинамічне формулювання випадку поряд з пато- та психопатологічною діагностикою психічних процесів дозволяє збагатити уявлення про патологію кожного індивіда окремо, віддиференціювати й скоригувати план терапевтичних та психотерапевтичних інтервенцій.

На етапі сучасної медицини широко поширене узагальнення, що діагноз повинен визначати хід лікування. Однак, якщо говорити про психологічні види лікування, сам по собі діагноз погано допомагає вибрати ефективне лікування. План лікування може, й часто включає, психотерапію з різними цілями: зменшення симптомів, поліпшення функціонування, запобігання рецидиву, досягнення інсайту й виявлення перешкод прогресу в терапії. В той час існують реальні розходження між індивідуальними відповідями на різні методи психотерапевтичного чи психокорекційного лікування, тому такі характеристики індивіда як захисний стиль можуть бути більш важливі для прогнозу ефективності певного методу психотерапії [5, 7].

Формальність патопсихологічного обстеження, часто стає причиною діагностичних помилок. Намагання стандартизувати прояви поведінки, реагування на захворювання, патопсихологічні феномени призводить до втрати відчуття «реальності» в ході діагностичного процесу. Водночас недоліком традиційного початку інтерв'ю при патопсихологічному обстеженні, полягає у тому, що воно допомагає пацієнтові приховати власні переживання. Особливо це проявляється у випадках, коли ми маємо справу із

межовими або невротичними структурами: пацієнт може як захист «адаптуватися» до ситуації інтерв'ю, він знижує свою тривогу й одночасно приховує від нас свої конфлікти й переживання, формально відповідаючи «Так»-«Ні».

На нашу думку використання психодинамічного опитування тим самим може задовольнити потреби як діагностики, так і терапії.

Для прикладу ми наведемо випадок діагностики пацієнта К., який знаходився на стаціонарному лікуванні у психіатричній лікарні, зі скаргами на сильну «депресію» з приводу його психіатричного діагнозу. В ході патопсихологічного обстеження було використане структурне інтерв'ю за О.Кернбергом (1981) й розглядалося відповідно до пропозицій С.Пері, А.Купера й Р.Мічелса в статті «Психодинамічне формулювання: її ціль, структура та клінічне застосування» (1987). Завданням діагностики було провести диференційну діагностику між шизофренічним спектром розладів та параноїдним розладом особистості. Відповідно до мети даної діагностики було проведене патопсихологічне дослідження когнітивних процесів (пам'ять та мислення), емоційно-вольової сфери та особистісних реакцій (опитувальник депресії Бека, опитувальник ситуативної та особистісної тривоги Спілбергера-Ханіна, MMPI).

Цитати з патопсихологічного висновку: «Пацієнт К., 1980 р.н. в контакт вступає охоче, бесіду підтримує вільно, не примусово. Під час бесіди багатослівний, часто перебиває. Поведінка зверхня, відчуття дистанції знижене.

...на момент обстеження активно скарги на когнітивні чи особистісні проблеми не висловлює: «...мені в принципі не має, що говорити. Я хочу зняти діагноз і піти працювати, але ніхто ж не візьме... через це в мене депресія... Я можу коробки складати, можу підмітати, але мій діагноз мені не дозволяє це робити... мені ніхто не вірить. Але ж ми з вами розумні люди і розуміємо, щодо чого...». Критика до власного стану знижена; вербалізує

розуміння знаходження у стаціонарі, але поведінкові реакції й протиріччя під час бесіди не відповідають ситуації.

...темп психічної діяльності нерівномірний. В ході діагностики пасивний, ініціативи не виявляє, результатами цікавиться з метою підтвердження власних слів: «...скажіть це ж так... Я ж не брехав і в тестах це видно, правда... що в мене там, я ж знаю. Якщо ви скажете, що я хворий я вам повірю, це за вашими тестами, але це ваша правда... а моя правда в тому, що я знаю хто я...».

...мнестичні процеси незначно зниженні за рахунок розсіяності та звуження об'єму активної уваги. При безпосередньому запам'ятовуванні речень за Стенфордом-Біне плутає місцями слова в складних реченнях.

...в мисленні виявляються ознаки асоціювання по латентним ознакам, які ригідно раціоналізує й часто вистроює відповідну логічну послідовність (картки: прибиральниця, мітла та вантажівка – «...я коли працював дворником в мене була мітла, потім я все згрібав на кучу і в машину грузив... а потім мені сказали спалити, я листя підпалив, а мене зробили винним і штрафнули... я знаю це ж не просто так, вони хотіли, щоб я сам з роботи пішов...»). Незнайомі прислів'я та приказки трактує формально, при інтерпретації знайомих має схильність до наділення певних предметів та явищ визначним змістом. При дослідженні методикою піктограм часто зустрічаються особистісно-значимі фігури. У вільному асоціюванні не спроможний, завдання залишив не дійшовши кінця.

Під час бесіди має тенденцію до невизначеності, на вказування протиріч у словах стає збудженим й активно заперечує: «...ви мене знову не зрозуміли... я не міг такого сказати, тому що... це ви собі з тестів таке взяли, а я такого не казав...».

...За стандартизованими методиками «Шкала депресії Бека» та «Опитувальник ситуативної та особистісної тривоги», відмічено відсутність депресії (11б.) й помірний рівень ситуативної (34б.) і показник особистісної тривоги відповідає високому рівню (48б.). Профіль ММРІ характеризується

піками по комплексом піків четвертої, шостої та восьмої шкал (78, 80, 76 відповідно), що відзначає особистість як схильну до формування афективно насичених концепцій, пов'язаних зі станом фізичного здоров'я, що важко коригуються. Вони пов'язані з уявленнями про наявність загрозливих або небезпечних дій зі сторони навколишніх чи оточення в цілому. Характерна виражена вибірковість перцепції, при якій сприймається переважно інформація, що підкріплює вже сформовану концепцію. В даного пацієнта такий добір інформації виражений настільки, що приводить до «умовної» втрати контакту з реальністю, міжособистісні відносини в такому разі організуються на основі суб'єктивних гіпотез, що не піддаються корекції. В даному випадку характерне сприйняття й заміна реально існуючого «суспільства» псевдовзаємодіями, що представляє собою сукупність його власних проєкцій. Амбівалентне відношення до навколишніх породжує при цьому (поряд із прагненням до контактів) недовірливість, а підвищення профілю на четвертій шкалі відбиває утруднення соціалізації, пов'язане з недостатньою здатністю сприйняти правила й норми, якими керуються у своїй поведінці більшість оточуючих людей.

...Таким чином на момент обстеження виявлено структурні порушення мислення та особистісні зміни параноїдного регістру».

В отриманому результаті ми можемо зазначати, виконуються критерії для діагностування параноїдної форми шизофренії. Однак структурні порушення мислення, які проявляються викривленням узагальнення та абстрагування у 33% зустрічаються при розладах особистості [2].

В такому разі психодинамічне інтерв'ю буде направлено на визначення корелятивів особистісного реагування, механізмів психологічного захисту та оцінки тестування реальності як критеріїв дифдіагностики.

Спектр шизофренних реакцій та розладів в більшості дослідників визначається як психотичний рівень організації [1, 3, 6]. Основними критеріями є порушення тестування реальності, перманентне використання примітивних захисних механізмів та порушення структури ідентичності

власного «Я». Відповідно з діагностичними критеріями МКХ-10, при розладах особистості виключаються порушення психоточного рівня (галюцинаторні переживання та маячня – порушення тестування реальності), в такому разі функціонування особистості характеризується межевою структурою особистості. Виходячи з цього гіпотезою нашого дослідження є визначення особистісних тенденцій пацієнта до маячної інтерпретації реальності та аналізу захисної динаміки як основи для порушень тестування реальності.

В результаті складності даного випадку психодинамічне інтерв'ю проводилось двічі по одній годині кожне.

В процесі інтерв'ю зверхня поведінка пацієнта проявляється й у відношенні до внутрішніх образів-об'єктів особистості. Намагаючись розповідати про спогади власного дитинства, пацієнт часто акцентував увагу наскільки не справедливі були по відношенню до нього батьки. Мати він описував як «егоцентричну; холодну; та, що не звертає уваги на його проблеми», водночас пишається тим, що в його дитинстві мати забезпечувала його кращими речами. Охарактеризувати батька пацієнту не вдалось, часто вдаючись до конкретних фраз: «нормальний», «майже як усі». Основним аспектом спогадів була подія коли батьки переїхали жити до Німеччини. Пацієнту на той час виповнилось 26 років, і до того часу він проживав поряд з ними.

«...вони мене кинули... залишили без грошей, хіба батьки так роблять... Вони сказали, що хочуть пожити для себе, а я значить не потрібний... потім приїхали оформили мене на групу, щоб я не загнувся і поїхали знову. Тепер всі знають, що я хворий і вони нічого для цього не зробили...».

В поясненні власних взаємостосунків з родичами, колегами на попередніх роботах, сусідами постійно акцентує увагу на тому, що не може нікому довіряти: «...чому я не можу жити як усі... я ж можу працювати, а вони не дають... роблять усе, щоб мене вижити...».

Не визнаючи за собою нестриманість та упередженість в оцінці та судженнях про світ, проектує ці риси на людей. Відповідно коли помічає, що люди реагують відповідно інтерпретує це як підтвердження власних гіпотез. Таким чином заперечуючи прояснення цих аспектів в інтерв'ю приписує психологу критичність та «не можливість зрозуміти його логіки». В останньому чітко прослідковується трансферна тенденція на терапевта об'єкт значимих відносин з батьками. В моменти, коли пацієнт відчуває сильну тривогу він починає відреаговувати зовні шляхом частими запитаннями, на які не очікує отримати відповідь чи починає одразу давати критичну оцінку відповіді, яку хотів би висловити самостійно.

Постійно скаржився на персонал лікарні та лікарів МСЕКУ, які не хочуть зняти йому діагноз, й «дати можливість дихати як людина». Постійна тенденція до приниження своєї гідності та самооцінки у висловах та думках сторонніх, полярно відображається у власних уявленнях про себе.

Слабка сторона особистості проявляється в постійній тривозі. Пацієнт ніколи не почуває повної захищеності й завжди витрачає невимірну кількість своєї емоційної енергії на відстеження ознак загрози зі сторони оточення. Вона проявляє себе в «нав'язливому акцентуванні на собі»: все що трапляється має якесь відношення до його особистості. Відчуття власної умовної «грандіозності», різко заперечується після інтерпретації, що це є адекватною реакцією людини, яку «загнобили».

Наприкінці другої годинної консультації пацієнту була запропонована наступна інтерпретація: «Мені здається, що ви відчули упереджене та недовірливе ставлення з моєї сторони і оточення в цілому про яке ви розповідали протягом даного часу. На мою думку усе це має власне ваше особистісне коріння. Відчуття сорому з приводу власної «неповноцінності» чи «хворобливості», яке виникло спілкуючись зі мною, відображає власне внутрішнє переживання (точніше побоювання) бути «неповноцінним» чи «хворим». Проти усвідомлення цього ви намагаєтесь втекти шляхом приписування ворожості й упередженості усім хто поряд з вами, як мені в

нашій ситуації. Шляхом заперечення цієї невизначеності, яка може викликати у вас сором чи тривогу, ви не в змозі помітити це. Завжди легше боротися проти відомого ворога зовні, ніж прихованого у собі...».

Після цих слів пацієнт замовк й протягом хвилин розглядав власні долоні. Закінчуючи консультацію пацієнт зазначив: «...мені здається, що потрібно звернутися до іншого психолога. Ви мене просто не хотіли зрозуміти...».

Таким чином центральна проблема пацієнта полягає в намаганні позбутися травматичного переживання себе через проекцію. Аналізуючи взаємодію під час консультацій та розповіді самого пацієнта, ми приходимо до висновку, що відчуття сорому усіяко заперечується особистістю. Водночас він відчуває необхідність позбутися тривоги й тому проектує на оточення атакуючий характер власних переживань. Упередженість в тому, що він не може бути «одного рівня» з іншими, призводить до думки, що оточення не хоче сприймати його таким яким він себе уявляє. Знецінення думки оточення й реактивне піднесення власного «Я» є прикладом проекції й реактивного переформування власного уявлення малоцінності. Кожного разу відчуваючи усвідомлення цих переживань пацієнт починає боятися оціночного трактування власного «Я» й покарання, яке за цим слідує, тому він проектує критичність та упередженість зовні, звинувачуючи оточення, що це їхні негативні оцінки та упередження і він не заслуговує на їхню кару.

Аналізуючи даний випадок, ми приходимо до висновку, що маємо справу з параноїдною особистістю межевої структурної організації:

1. актуальні проблеми минулого актуальні і до тепер, що проявлялося в трансферентній взаємодії з лікарем.
2. в ході обстеження інтерпретації пацієнта в першу чергу були направлені на переробку та подолання травматичного досвіду «тут-і-тепер», а не на заперечення (характерного для психотичної маячні).
3. пацієнт використовував найбільш характерні незрілі механізми захисту для даного рівня організації (проекція, проектна ідентифікація,

ідеалізація та знецінення), поряд з невротичною раціоналізацією і інтелектуалізацією.

4. можливість тимчасово організувати особистість наприкінці другої консультації є ознакою непсихотичної структури.

5. виражених маячних формулювань не виявлено.

В ході нашого дослідження ми намагалися показати наскільки психодинамічне формулювання має питому вагу в дослідженні особистісного сприйняття та реагування в психіатричній клініці. Трактування особистості в патопсихології повинно бути цілісним, й включати більшість аспектів свідомої та несвідомої сфер, в тому числі уявлення про захисну динаміку пацієнта, його уявлення про себе й оточуючу реальність та можливості взаємодіяти з нею.

Використання даного методу в клінічній практиці медичного психолога допоможе покращити диференційну діагностику психічних порушень та розширити психотерапевтичні інтервенції.

Література:

1. Гюнтер Аммон. Динамическая психиатрия / А. Гунтер; [пер. с нем.]. – СПб.: изд. Психоневрологического института им. В. М. Бехтерева, 1995. – 200 с..
2. Зейгарник Б.В. Патопсихология: [2-е изд] / Б.В. Зейгарник. - М.: Издательство Московского университета, 1986. – 287 с.
3. Кернберг О.Ф. Тяжелые личностные расстройства: Стратегии психотерапии / О.Ф. Кернберг; [пер. с англ. М.И. Завалова]. – М.: Независимая фирма “Класс”, 2000. – 464 с.
4. Кляйн М. Заметки о некоторых шизоидных механизмах / М. Кляйн // – М.: Журнал практической психологии и психоанализа. – 2000.- №4
5. Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика: Понимание структуры личности в клиническом процессе / Н. Мак-Вильямс; [пер. с англ. под ред.

- М.Н. Глущенко, М.В. Ромашкевича]. – М.: Независимая фирма “Класс”, 2001. – 480 с. – (Библиотека психологии и психотерапии, вип.49)
6. Менцос С. Психодинамические модели в психиатрии / С. Менцос; [пер. с нем. Э.Л. Глушанского]. – М.: Алетейа, 2001. - 176с.
 7. Пери С. Психодинамическая формулировка: ее цель, структура и клиническое применение / С. Пери, А.М. Купер, Р. Мичелс // М.: Журнал практической психологии и психоанализа. – 2009. - №1
 8. Ягнюк К.В. Формулировка случая психотерапии: значение для клинической практики / К.В. Ягнюк // М.: Журнал практической психологии и психоанализа. – 2009. - №1

Резюме: психодинамическое интервью позволяет целостно охватить личность пациента в процессе патопсихологического обследования. Ключевые моменты диагностики включают в себя не только нарушение когнитивных или эмоционально-волевых процессов, а также способов личностного реагирования в зависимости от патологии. Исследование способности адекватно тестировать (идентифицировать) реальность и собственное «Я», характерные механизмы психологической защиты или стратегии совладания фрустрации, динамика основных внутренних конфликтов помогают обогатить представление о состоянии психологический пациента и провести адекватную дифференциальную диагностику.

Ключевые слова: патопсихологическая диагностика, психодинамическое интервью, психодинамическое формулирование, механизмы психологической защиты

Summary: The psychodynamic interview allows capturing completely the person of the patient in process патопсихологического inspections. The key moments of diagnostics include not only infringement когнитивных or emotionally-strong-willed processes, and ways of personal reaction depending on pathology. Ability

research adequately testing (identify) a reality and own "Self", characteristic mechanisms of psychological defence or coping-strategy of a frustrations, dynamics of the basic internal conflicts help to enrich representation about a condition psychological the patient and to spend adequate differences diagnostics.

Key words: патопсихологическая diagnostics, psychodynamic interview, a psychodynamic formulation, mechanisms of psychological defence