

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

Дослідження психодинамічних аспектів особистості пацієнтів на шизофренію

Резюме: психодинамічний підхід розуміння процесів при шизофренії розкриває світ травматичного досвіду пацієнта. Шизофрена реакція розглядається як комплекс ригідних захисних механізмів особистості на відчуття втрати власної ідентичності. Дослідження даних аспектів реагування пацієнта, що страждає на шизофренію, допоможе в створенні якісного аналізу особистості й застосуванні у клінічній та психотерапевтичній практиці.

Ключові слова: психодинамічна психіатрія, психоаналітична діагностика, рівень організації особистості, захисні механізми особистості, шизофренія.

Останнім часом цікавість дослідження особистості зростає відповідно до потреб людини, розуміти власне «Я». Дослідження меж чи можливостей особистості неодноразово піднімається в науковій літературі за межами психологічних та медичних знань.

Прагнення до пізнання певною мірою є символічним. На думку спливає гіпотеза, що пізнання, в першу чергу, направлено на зниження внутрішньої тривоги перед чимось невідомим, можливо навіть загрозливим чи тим що сприймається як загрозливе.

Можливо на даний момент особистість людини залишається однією з найбільш малодосліджених, в усій своїй багатомірності та індивідуальності.

Одним із вагомих внесків на шляху вивчення, були теоретичні та практичні розробки З.Фрейда та його послідовників. Психоаналітична теорія спрямована на прояснення позасвідомих процесів як нормальної так і

зміненої особистості, з метою формування та відновлення прийняттого рівня психічного та соціального функціонування.

Загалом психічні процеси самі по собі є неусвідомленими, усвідомлюються лише окремі акти та сторони психічного життя. Насамперед до позасвідомих процесів включаються інстинктивні сили та бажання, які при достатньому рівні розвитку та формуванні особистості, задовольняються чи знаходять адекватний вихід. Усі захисні заходи здорової особистості проти інстинктивних домагань спрацьовують «тихо й непомітно» і лише в певний момент часу ми можемо усвідомити, що чогось «бракує чи не вистачає». Таким чином ми спостерігаємо як неприйнятний матеріал витісняється з нашої свідомості.

В той час в періоди душевних конфліктів межі між системами несвідомого та свідомого стають більш розрізненні і потребують до гармонійного відновлення рівноваги.

В розумінні патологічного розвитку характеру наша думка співпадає з висловлюваннями Н. Мак-Вільямс: «Розцінювати когось як особистість, що має патологічний характер або особистісне порушення, доцільно, але тільки в тому випадку, коли його захисти настільки стереотипні, що перешкоджають психологічному розвитку або адаптації» [4].

Знання концепції психологічних захистів та захисних механізмів, які використовуються особистістю по життю, має велике значення і є вагомим внеском в психоаналітичну діагностику особистості.

Існує думка, що кожна людина віддає перевагу певним механізмам захисту, які стають невід'ємною частиною його індивідуального стилю подолання внутрішніх конфліктів та міжособистісної комунікації. В.Райх вважає, що такі тілесні характеристики як скутість, напруженість, такі особливості як постійна посмішка, надмірність, іронічна та зухвала поведінка – це все залишки дуже сильних захисних механізмів у минулому, які відмежувались від причинних конфліктів з інстинктами чи афектами й стали постійними рисами характеру, «броя характеру» [4].

Автоматичне використання певного захисту або набору захистів є результатом складної взаємодії щонайменше чотирьох факторів: темпераменту; природи та напруги стресів, пережитих у ранньому дитинстві; захистів, зразками для яких були батьки або інші значимі фігури та від засвоєних шляхом власного досвіду наслідків використання окремих захистів.

Формування симптому згідно думки А.Фройд полягає в постійному використанні особливого методу захисту при зіткненні з конкретним інстинктивним домаганням і який стереотипно повторює процедуру під час кожного випадку зіткнення [6]. Починаючи з роботи З.Фройда «Гальмування, симптоми та тривожність» (1937) відзначається кореляція між певними симптомами чи синдромами (в даному контексті неврозами) та конкретними методами психічного захисту. Так існує кореляція між істерією та витісненням, неврозом нав'язливих станів та ізоляцією й зруйнуванням отриманого [1,4,6].

Враховуючи, що одностайної думки з приводу кількості і класифікації захисних механізмів немає, ми схилиємось до поділу на первинні (архаїчні, примітивні) та вторинні (зрілі) захисні механізми [1,4]. Хоча розуміємо суб'єктивність даного поділу.

Як правило в аналітичній теорії під примітивними захисними механізмами розуміються ті захисти, які мають справу з межею між власним Я і зовнішнім світом. Захисти, що зараховуються до вторинних, «працюють» із внутрішніми межами між Его, Супер-Его й Ід, або між «спостерігаючим» й «переживаючим» частинами Его.

Примітивні захисти діють загальним, недиференційованим загальним у всьому сенсорному просторі індивіда, об'єднуючи між собою когнітивні, афективні й поведінкові параметри, у той час як більш розвинені захисти здійснюють певні трансформації чогось одного — думок, почуттів, відчуттів, поведінки або деякої їхньої комбінації.

Згідно гіпотези нашого дослідження при певній патології психічного реагування (захворювання) особистості притаманні певна сукупність захисних механізмів. Ми вважаємо, що досліджуючи пацієнтів на шизофренію ми зможемо виділити статистичну вірогідну сукупність захисних механізмів, що описують картину захворювання.

Дослідження шизофренії в психоаналітичному ключі проводились ще з часів З. Фрейда. Важливі узагальнення зроблені Г.Аммоном в праці «Динамічна психіатрія», в якій звертає увагу на природу шизофренної реакції як захисний механізм - «...Заборона розвитку своєї ідентичності з боку оточення, тобто матері й сімейної групи зі страху втратити їх власну, заганяє пацієнта в божевілля. Цей конфлікт знаходить своє вираження в патологічному симбіозі пацієнта з морбідною матір'ю або групою, за благополуччя якої хворий відчуває себе відповідальним, платячи за це своїм власним емоційним і фізичним існуванням. З одного боку, повністю розчиняючись у цих симбіотичних відносинах, з інший же - побоюючись саме цього як втрати власної ідентичності, він не може організувати власне емоційне життя й перебуває тому в стані інтенсивної й екстремальної ізоляції» [2].

Ж.Бержере вказує, що при психотичних утвореннях захисні механізми проявляються у вигляді: аутизму, відмови від реальності та реконструкції нової реальності шляхом маячної позиції [1]. О.Кернберг описуючи психотичну структуру особистості (в яку включає діагноз шизофренії) вказує на першочергове використання особистістю примітивних механізмів захисту з посиленням регресії під час їх інтерпретації чи вказані на них [3].

Серед примітивних механізмів виділено заперечення, форми примітивної проєкції (проєктивної ідентифікації), розщеплення, всемогутня ідеалізація та знецінення.

Таким чином ми вважаємо, що виділення конкретних комплексів захисних механізмів при шизофренії в майбутньому допоможе збагатити

розуміння даної патології та розробку диференціальних критеріїв при діагностиці з іншими розладами психотичного регістру.

Згідно наукової гіпотези ми виділили наступні критерії-комплекси захисних механізмів, що описують основні синдромокомплекси при шизофренії, які маємо підтвердити за допомогою клініко-психологічного дослідження: примітивна ізоляція та заперечення (в даному контексті заперечення реальності), як основа аутистичних (апато-абулічних) проявів; проекція (проектна ідентифікація), та заперечення реальності – основа маячних та галюцинаторних розладів; механізми розщеплення та всемогутнього контролю (ідеалізації чи знецінення) в основі диссоціативних порушень мислення та ідентичності «Я».

З метою підтвердження гіпотези обстеженні 60 пацієнтів, що знаходились на стаціонарному лікуванні. У всіх пацієнтів верифіковано до критеріїв МКБ-10 був встановлений діагноз F20.xx. З 60 досліджуваних: 20 пацієнтів з ведучими апато-абулічними порушеннями (умовно група А), 22 – галюцинаторно-параноїдним (група В) та 18 з диссоціативним симптомокомплексом (група С). Всі пацієнти лікувалися повторно (в анамнезі 1-3 поступлення). Серед обстежених середнім віком 26 років (19-35 років): 44 пацієнти – чоловіки, 16 - жінки. Усі пацієнти обстежувались при інформованій згоді на консультацію під час відвідування Відділення психологічних та соціальних методів лікування Житомирської обласної лікарні №1, за відсутності гострої продуктивної симптоматики та вираженого дефекту когнітивних процесів.

Контрольну групу склали студенти заочної форми навчання Житомирського державного університету ім. І.Франка у кількості 58 чоловік (група D).

Методи та процедура дослідження:

1. Клінічна частина включала верифікація діагнозу згідно критеріїв МКБ-10: збір анамнезу, патопсихологічне обстеження психічного статусу.
2. Клініко-психологічна частина включала:

А) Структурне інтерв'ю за О.Кернбергом [3]:

Структурне інтерв'ю допомагає провести чіткі розмежування при диференціальній діагностиці особливостей структури та реагування особистості.

Концентрація уваги на основних конфліктах пацієнта створює необхідну напругу, що дозволяє виявити основу захисної й структурної організації психічних функцій та особистості.

Б) опитувальник Плутчика-Келлермана-Конте (ПКК) - Life Style Index (LSI) [5]:

Р.Плутчик стверджує, що специфічні захисти утворюються для опанування специфічними емоціями та певні типи особистісних діагнозів мають у своїй основі характерні захисні стилі. Остаточний варіант опитувальника включає у себе 92 пункти, що вимірюють 8 видів механізмів психологічного захисту: заперечення, витиснення, що заміщають, компенсацію, реактивне утворення, проєкцію, раціоналізацію й регресію.

За результатами структурного інтерв'ю було виключено органічний симптомокомплекс (гострі порушення усвідомлення та уваги, пов'язані з пошкодженням структур головного мозку та зниження пам'яті, інтелекту й здатності до навчання при хронічному протіканні). В усіх пацієнтів було виключено невротичну організацію особистості за критеріями порушення тестування реальності, порушення ідентифікації «Я» та превалюванні примітивних форм психічного захисту. В основі порушення тестування реальності у групах А і С на перший план вийшли ознаки структурних порушень мислення (під час патопсихологічного обстеження виявлено викривлення операційної сторони та особистісного компонента мислення: резонерство, зісковзування, різноплановість, патологічний полісемантизм) та дисоціації емоційно-вольових проявів. В групі В на перший план вийшли маячна інтерпретація оточення та власних переживань, неадекватне (амбівалентне) тлумачення галлюцинаторних образів, які виявлялись на момент надходження до стаціонару.

Динаміка захисних механізмів в досліджуваних групах під час структурного інтерв'ю розподілилася наступним чином:

- В групі А характерне використання механізму примітивної ізоляції, яка проявлялась в тенденції відгородження від оточення. Втеча від міжособистісної взаємодії (реальності), яка не потребує її викривлення, активного включення особистості. Вони проявляють емоційну сплюсненість, емпатично не включаються у бесіду, відреагують сильною тривогою та негативізмом при спробі прояснення внутрішніх переживань. Поряд з цим виявляються ознаки розщеплення «Я» та заперечення.

- В групі В на передній план виступили захисти у вигляді проекції, заперечення реальності, маячної інтерпретації, примітивної ідеалізації та знецінення. В більшості клінічних ситуацій оточення сприймається як вороже, не викликає довіри. За рахунок того, що людина не може чітко описати навколишній світ (ситуацію), охарактеризувати себе та близьких їй людей, описи носять недиференційований, незрозумілий, поверхневий, очевидно спотворений характер. Оточенню приписується упередженість, заздрість, переслідування, або навпаки світ сприймається ідеально привітним, добрим. Але водночас в ньому знаходяться проєктивні образи неприйнятні особистістю проти яких вона бореться, залучає усю психічну енергію.

- Для групи С притаманним є використання розщеплення та проектної ідентифікації. Досліджувані цієї групи відрізнялись більшою зарозумілістю, ригідною установкою достовірності власних суджень. Під час бесіди виявлявся феномен названий Коеном «самоактуалізуюче пророцтво» [], тобто досліджуваний заперечуючи в собі щось, проєктує це на лікаря, в той час, коли останній відповідає відповідною очікуваною реакцією, що підтверджує для досліджуваного вірність його тлумачень. В цьому і полягає, сутність проектної ідентифікації як захисного механізму.

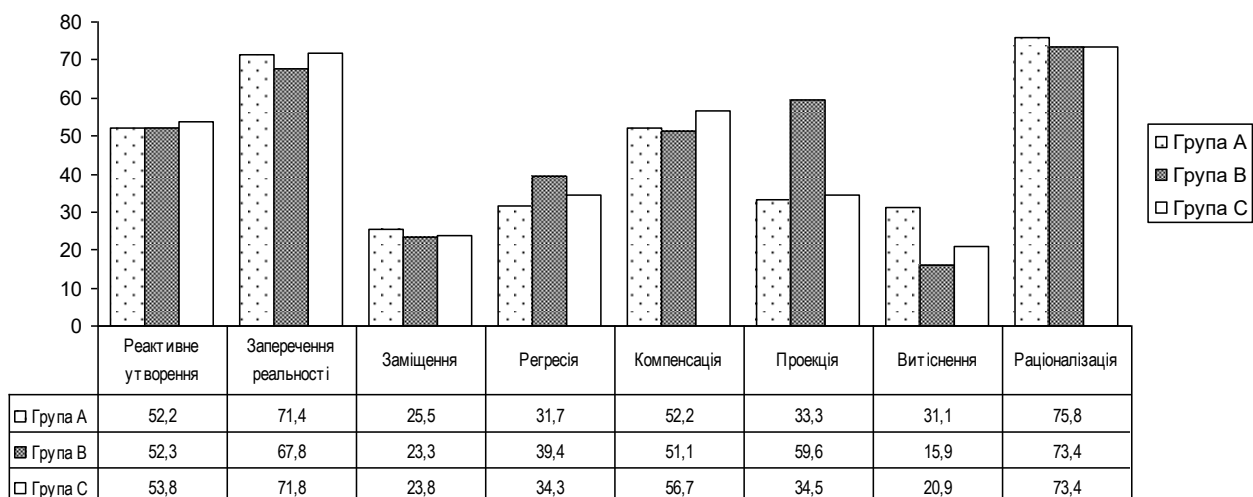
До контрольної групи включалися досліджувані під час структурного інтерв'ю, в яких не було виявлено ознак порушення тестування реальності та

ознак «дифузної ідентичності». Наявність примітивних форм психологічного захисту не виключає невротичну організацію.

Захисні механізми за методикою Келлермана-Плутчика по групах розподілились наступним чином.

Мал.№1

Розподілення захисних механізмів в досліджуваних групах



В групі А ми спостерігаємо превалювання раціоналізації та заперечення реальності над іншими формами психологічного захисту. Поряд з тим виділяється рівень компенсації та механізму по типу реактивного утворення. Таким чином, можна стверджувати про не прийняття (заперечення) існуючих проблем, ситуацій, переживань, намагання позбавитись їх шляхом викреслення з травматичного досвіду, й намагання підвести це під власне логічне пояснення. Однак ми не отримали підтвердження гіпотези з приводу використання механізму ізоляції як перманентного. Ізоляція була включена до шкали витіснення, поряд з інтродекцією і скоріше авторами розглядалась як єдиний прояв примітивної ізоляції та ізоляції від афекту – зрілого механізму [4,5]. В той час наявна статистично значима відмінність по ступеню залучення даного механізму захисту поряд з групою В ($p < 0,01$), для порівняння з групою С потрібно збільшити вибірку пацієнтів ($p < 0,1$). Водночас «аутистичне фантазування», що є яскравим прикладом даного механізму включено в групу компенсації [1,4,5]. Намагання структурувати власний досвід (переживання) через фантазії відображається в усамітненій

поведінці, зниженні соціальної перцепції. Значимої відмінності по даній шкалі між групами не виявлено.

Для групи В ми отримали також превалювання за механізмами раціоналізації та заперечення реальності. Поряд з тим ми отримали статистично вірогідну відмінність між групою В та А і С за механізмом проекції ($p < 0,01$). Звернення особистості до зміни реальності через маячну та галюцинаторну інтерпретацію підтверджує проектування негативних рис оточенню. Психіка хворої людини не здатна впоратися з агресивними психотичними переживаннями, шляхом проекції спричиняє використання незвичайного ступеня заперечення і його близького родича — реактивного формування. Використання раціоналізації радше є свідченням не зрілого механізму, а маячного трактування (порушення тестування реальності), яке буває важко відрізнити у клінічній практиці, тим паче за допомогою тестової методики.

Для групи С ми підтвердили домінування механізмів раціоналізації та заперечення реальності. В результаті використання методики ми не отримали достовірного підтвердження механізму психологічного захисту по типу розщеплення. Однак ми вважаємо правомірно було б дати інтерпретацію результатів, як результат узагальнюючої дії механізмів раціоналізації, заперечення реальності та компенсації. Травматичний досвід неоднозначно сприймається психікою людини, відмежовуючи найбільш неприємні аспекти особистість їх заперечує, застосовуючи фантазування як компенсаторний механізм для створення власного цілісного уявлення. В той час наявність парадоксальних тенденцій є результатом взаємодії механізмів реактивного утворення та раціоналізації. Під неприємними аспектами ми розуміємо не лише негативний досвід, але і позитивний з більшою потенціальною силою.

Порівнюючи групи між собою ми відзначили домінування механізмів раціоналізації та заперечення реальності для усіх трьох провідних симптомокомплексів при шизофренії, що підтверджує гіпотезу створення власної логічної послідовності для пояснення переживань. Яка водночас заперечує реальність і в той час намагається створити нову більш прийнятну

для особистості шляхом маячної інтерпретації. В порівнянні з іншими рівень проєкції в групі В підтверджує клінічну вираженість галюцинаторно-параноїдного синдрому в пато- та психопалогічному профілях пацієнтів, так само як звернення до ізоляції знаходить відображення у домуванні апато-абулічних проявів.

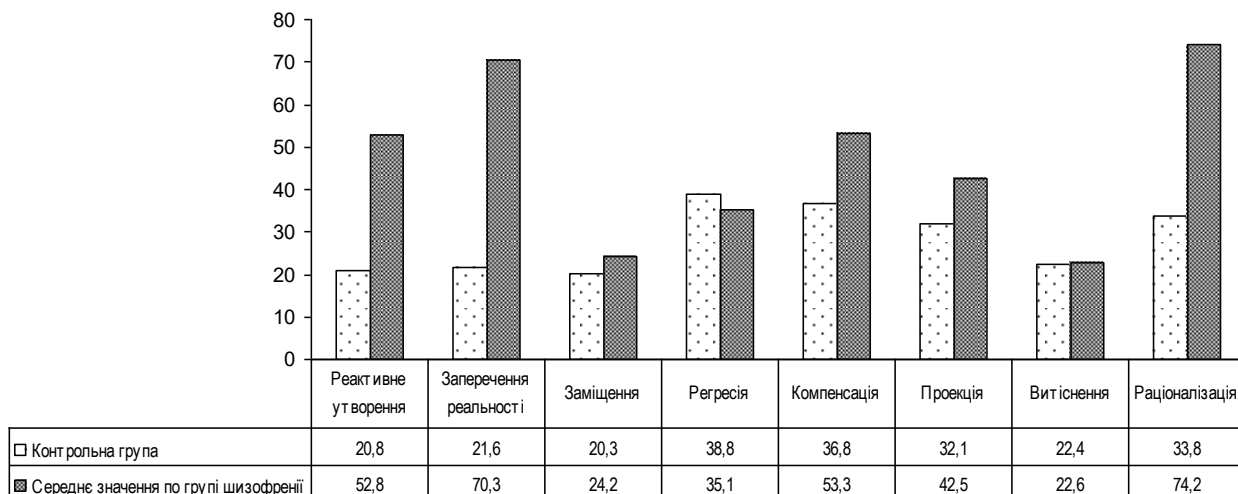
Порівнюючи з даними структурного інтерв'ю ми прийшли до висновку, що для групи пацієнтів, що страждають на шизофренію з вираженим апато-абулічним синдромом характерний комплекс механізмів примітивної ізоляції, заперечення реальності та раціоналізації (в контексті маячної інтерпретації). Що дозволяє пацієнтам створити «світ власних переживань» без взаємодії з травматичною реальністю. Для групи пацієнтів, що страждають на шизофренію з вираженим галюцинаторно-параноїдним синдромом характерний комплекс проєкції, заперечення реальності й маячної раціоналізації. Це дозволяє пацієнтам створити власне впорядковане трактування реальності, що одночасно відмежовує й змінює сприйняття травматичного досвіду. Для пацієнтів, що страждають на шизофренію з вираженим диссоціативним синдромом характерно використання механізму розщеплення, яке в свою чергу залучає як маячну інтерпретацію, так і примітивну ізоляцію й заперечення. Механізми розщеплення можуть бути дуже ефективні у своїй захисній функції для зменшення тривоги й підтримки самооцінки. Звичайно, розщеплення завжди спричиняє перекручування, і в цьому полягає його небезпека в адекватному сприйнятті реальності та себе. Використання даного механізму захисту не є визначним лише для даного синдрому і поліморфно характерне для усього спектру патопсихологічного профілю шизофренії.

Таким чином клінічна картина шизофренії являється як взаємодіючий комплекс захисних механізмів направлений на переробку психотичних переживань. В порівнянні з контрольною групою (мал.№2) відмічено значне перевищення використання захисних механізмів, крім шкали регресії та витіснення. Отримані дані співпадають з оригінальною апробацією даної

методики Плутчиком та Келлерманом, де згідно гіпотези їх дослідження група хворих на шизофренію схильна використовувати захисні механізми у більшому ступені [5].

Мал. №2

Порівняльна таблиця захисних механізмів



Домінування зрілих механізмів захисту: регресії, компенсації та раціоналізації в контрольній групі, поряд з невеликим розмахом ступенів застосування механізмів свідчить про більш адаптоване та гнучке пристосування до реагування на фруструючі ситуації.

В ході нашого дослідження ми частково змогли підтвердити висунуті нами гіпотези, розуміючи складність верифікації даного дослідження та потребою збільшення вибірки в майбутньому.

Ми відмітили, що для шизофренічного спектру порушень характерне ригідне використання раціоналізації як компоненту маячної інтерпретації реальності та її заперечення, з метою зниження травматичного досвіду переживань. Що для вираженого апато-абулічного синдрому характерне використання примітивної ізоляції як механізму створення власного відгалуженого «світу переживань», а домінування проекції в картині галюцинаторно-параноїдного синдрому характеризується створенням власної логічної структури (хоча і викривленої) для сприйняття реальності й пояснення негативних проекцій, якими наділили реальність. В той час ми

відмітили, що для диссоціативного синдрому не виявлено виражених особливостей і механізм захисту по типу розщеплення виявляється як основа загального шизофренічного реагування.

Порівнюючи з контрольною групою «здорових» ми виявили високий ступінь залучення захисних механізмів до психічної діяльності при шизофренії, та гнучкість й привілейоване використання зрілих способів психічного захисту в контрольній групі.

В подальшому розширення вибірки й застосування більш інформативних діагностичних методів дозволить збагатити уявлення про особистість шизофренічного пацієнта.

Література:

1. Бержере Ж. Психоаналитическая психопатология: теория и клиника / Ж. Бержере; [пер. с фран. А.Ш. Тхостова]. – М.: МГУ им. М.В. Ломоносова, 2001. – 400 с. – (Серия «Классический университетский учебник»; Вып.7)
2. Гюнтер Аммон. Динамическая психиатрия / А. Гюнтер; [пер. с нем.]. – СПб.: изд. Психоневрологического института им. В. М. Бехтерева, 1995. – 200 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. 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)
5. Романова Е.С., Гребенников Л.Р. Механизмы психологической защиты: генезис, функционирование, диагностика / Е.С. Романова, Л.Р. Гребенников. – Мытищи: Талант, 1996. – 144 с.
6. Фрейд А. Психология “Я” и защитные механизмы / А. Фрейд; [пер. с англ. М. Р. Гинзбурга]. – М.: Педагогика, 1993. – 144 с.

Резюме: психодинамический подход понимания процессов при шизофрении раскрывает мир травматического опыта пациента. Шизофреническая реакция рассматривается как комплекс ригидных защитных механизмов личности на ощущение потери собственной идентичности. Исследование данных аспектов реагирования пациента, который страдает на шизофрению, поможет в создании качественного анализа личности и применении в клинической и психотерапевтической практике.

Ключевые слова: психодинамическая психиатрия, психоаналитическая диагностика, уровень организации личности, защитные механизмы личности, шизофрения.

Summary: the psychodynamic approach of understanding of processes at a schizophrenia opens the world of traumatic experience of the patient. Schizophrenic reaction is considered as a complex rigid defense mechanisms of the person on sensation of loss of own identity. Research of the given aspects of reaction of the patient which suffers on a schizophrenia, will help with creation of the qualitative analysis of the person and application in clinical and psychotherapeutic practice.

Keywords: psychodynamic psychiatry, psychoanalytic diagnostics, level of the organisation of the personality, defense mechanisms of the person, a schizophrenia.