

**Аврамчук О.С.,**

*Житомирська обласна лікарня №1*

**Коваль І.А.,**

*Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця,*

УДК 159.9.072.43-159.972-616.89-616-052

### ***Застосування психоаналітичної діагностики рівнів***

#### ***організації особистості в психіатрії та психотерапії***

Резюме: застосування психоаналітичної діагностики особистості допомагає краще зрозуміти особливості реагування людини з психічними порушеннями, шляхом вивчення центральних конфліктів особистості, захисних механізмів, які індивід найчастіше використовує, спроможністю адекватно тестувати реальність та інтегрувати власне «Я».

Ключові слова: психоаналітична діагностика, рівень організації особистості, психотерапія

Говорити про інтеграцію нових методів та технік психологічної та патопсихологічної діагностики в системі охорони психічного здоров'я доволі складно. Пануючий консерватизм веде до ригідності мислення лікарів, а це – до спотворення образу особистості, зміненої внаслідок психічної хвороби.

В даній статті ми намагаємось зробити акцент на застосуванні психодинамічного розуміння особистості в психіатрії та при проведенні патопсихологічного дослідження.

Обрана нами тема актуальна оскільки особливості психодинаміки людини відображаються у ригідності застосування захисних механізмів; мають певний вплив на формування симптомів при психічних розладах й безпосередньо можуть бути застосовані у психотерапевтичному та реабілітаційному процесі пацієнта.

Пацієнт є не об'єктом, носієм хвороби, він виступає як суб'єкт у міжособистісному комунікативному зв'язку, у якому рівною мірою беруть

участь пацієнт і лікар. Отже, в такій взаємодії ми маємо можливість досліджувати неусвідомлені процеси.

Психоаналітична психотерапія, в різних аспектах неоднозначно сприймається фахівцями [2, 3, 4]. Певною мірою упередженість радянської психології, в основі якої лежить не прийняття класичної теорії драйвів та психосексуального розвитку З.Фрейда, не дозволяє більш широко та адекватно охопити її. Неодноразово ми зустрічаємося з фактом, що психоаналітичну терапію відкидають з ряду можливих, коли йдеться про психотерапію в психіатричному стаціонарі чи амбулаторії. Ригідне сприйняття радше свідчить про небажання і неготовність психіатрів до її застосування, ніж про неефективність даного методу.

Метою даної статті спроба донести розуміння психодинамічної парадигми в контексті патопсихологічного дослідження особистості. Знання про психічну реальність, несвідомі потяги та внутрішньоособистісні конфлікти, що проявляються у взаємодії з оточенням та власне з лікарем розкривають внутрішню картину особистості.

Незважаючи на різні погляди, на сучасному етапі розвитку психологічних знань вплив психоаналізу достатньо вагомий. Вперше запропонована теорія З.Фрейдом, набула значного розповсюдження в теоретичних надбаннях, доповнюючи та корегуючи ортодоксальні позиції.

В результаті клінічної практики З.Фрейд прийшов до висновку, що існують певні неусвідомлені механізми та структури, які формують особистість людини. Він акцентував увагу на силі позасвідомих інстинктів та бажань, які прагнуть бути задоволеними. В уявленні про психічний конфлікт, який потребує від особистості вирішення, він вбачає подолання страху для відновлення внутрішньої рівноваги.

Ставлячи переживання пацієнта як об'єкт дослідження психоаналітична теорія розширила уявлення про психічні порушення. В основі психоаналітичного розуміння психічної патології лежить модель структури характеру людини (особистості). Н.Мак-Вільямс зазначає, що

«...сутність структури характеру не може бути усвідомлена без розуміння двох різних та взаємопов'язаних між собою вимірів – рівня особистісної організації й захисного стилю всередині цього рівня. Перший вимір відображає рівень індивідуації пацієнта чи ступінь патології (невротичний, межовий, психотичний, «нормальний»); другий визначає тип характеру людини (параноїчний, депресивний, шизоїдний та інші)» [3, с. 63].

Діагностика загалом дозволяє планувати процес лікування (психотерапії) та прогнозувати його перебіг й завершення. Певною мірою це захист пацієнта від невиправданих витрат та моральної шкоди як результат невідповідної психотерапевтичної допомоги. Під час діагностичного інтерв'ю встановлюється необхідний рівень емпатії та довіри між пацієнтом та лікарем, що може стати запорукою якісного психотерапевтичного альянсу та запобігти припиненню психотерапії.

Психодинамічний діагноз (інтерпретація) має на меті показати центральний конфлікт особистості, наскільки вона здатна з ним справлятися і які захисні механізми задіяні у певній ситуації, наскільки особистість спроможна оцінити дану ситуацію як конфліктну, свою дезадаптивну взаємодію з оточенням та репрезентованими образами у собі, й водночас дозволяє оцінити ресурси особистості для подолання проблем [5, 6].

Структурна діагностика дозволяє проводити диференціацію між окремими рівнями патології реагування та особливостями психіки пацієнта, що проявляється на конкретному рівні [4]. Особливості характеру пацієнта з психодинамічної трактовки розглядаються як система взаємодій між внутрішніми спрямуваннями, потягами чи афектами та потребами особистості в її соціальній інтеграції. Вони виступають у ролі підтримуючої системи між етіологічними факторами та прямими поведінковими реакціями чи проявами захворювання. Незважаючи на можливі фактори, що задіяні в етіології (конституційні, біохімічні, психодинамічні чи психосоціальні), відповідь на порушення проявляється в психічній структурі людини, і вони

стають підґрунтям для поведінкових симптомів, що фіксуємо під час захворювання.

О.Кернберг, автор «структурного інтерв'ю» зазначає, що тип особистісної організації – невротичний, межовий або психотичний – є найважливішою характеристикою пацієнта, коли ми розглядаємо ступінь інтеграції його ідентичності, типи його звичних захисних механізмів і його здатність до тестування реальності [4]. Психопсихіатри вважають, що невротична організація особистості, на відміну від межової або психотичної, припускає інтегровану ідентичність. Невротична організація особистості являє собою захисну організацію, в основі якої лежить витиснення й інші захисні механізми високого рівня. Межові ж і психотичні структури ми бачимо в пацієнтів, які зазвичай користуються примітивними захисними механізмами, головним з яких є розщеплення. Здатність до тестування реальності збережена при невротичній і межовій організації, але серйозно ушкоджена при психотичній. Ці структурні критерії добре доповнюють звичайний поведінковий або феноменологічний опис пацієнта й допомагають зробити диференціальну діагностику психічних хвороб більш чіткою, особливо, коли захворювання складно класифікувати.

Першим кроком на шляху розуміння особистості ми вже маємо підстави стверджувати, що відповідно до кожної зі структур поведінкові прояви людини під час захворювання будуть різними, а отже – й тактика ведення такого пацієнта є відмінною. Для прикладу розглянемо молодого пацієнта, що при першій зустрічі скаржиться на знижений настрій, зниження фізичної активності, млявість, розлади сну тощо. Перша думка буде спрямована на підтвердження діагнозу депресія чи депресивного стану. Якщо ми підтверджуємо даний діагноз і рекомендуємо пацієнту, крім медикаментозного лікування, психотерапію, то постає питання яку саме.

На даний момент майже кожен з напрямків психотерапії працює з депресіями та депресивними станами, і нашою метою не є обрання конкретного методу. Виходячи з попереднього спробуємо розглянути, як

рівень структурної організації впливає на вибір характеру психотерапевтичного втручання.

*Ситуація 1.* За консультацією звернувся самостійно, після сварки з батьком через проблеми у навчанні. Під час інтерв'ю з пацієнтом ми відзначаємо, що контакт підтримується легко. Пригнічений настрій не заважає клієнтові повно змальовувати ситуацію, яка стала причиною звернення, достатньо відверто та логічно розповідати про себе та своє оточення. Клієнт фіксує увагу на певних проблемах у взаєминах з батьками, друзями. Розповідає про розчарування у власних здібностях до навчання, відчуває провину за те, що не може структурувати власний час. Критично намагається розібратися в даній ситуації, відслідковує причино-наслідкові зв'язки. Час від часу уникає відповіді, шляхом перекручення запитання, але потім визнає, що важко говорити про деякі речі. Інтерпретації сприймає з полегшенням, самостійно доповнюючи власним розумінням.

В даній ситуації ми можемо говорити невротичний рівень структури особистості. По-перше, під час інтерв'ю не спостерігається та не підтверджується порушення тестування реальності (немає продуктивної симптоматики, маячного сприйняття чи інших ознак порушення свідомості й самосвідомості). По-друге, можливість повноцінно описувати себе як цілісне «Я», в якому визнаються як негативні, так і позитивні сторони однієї сутності; достатньо критичне ставлення до себе та оточення – усе це свідчить про достатню інтеграцію ідентичності «Я». По-третє, використання як примітивних, так і зрілих механізмів психічного захисту – є ознакою невротичної організації.

*Ситуація 2.* За консультацією звернувся самостійно, після сварки з батьком через проблеми у навчанні. Вимагає, щоб психотерапевт пояснив його рідним, що з ним все у порядку, а негаразди з навчанням лише тимчасовою чорною смугою. Більш спокійним голосом просить поради, як вчинити далі. Контакт підтримує напружено, наче перевіряючи терапевта. Поведінка дещо зверхня. Пригнічений настрій пояснює тим, що усе

«навалилось» одразу, і ні з чим не може впоратись самотійно. Відзначає конкретні проблемні моменти з друзями, з викладачами, батьками, інтерпретуючи, що жоден з них не розуміє, як йому важко в даний момент, і він хоче щоб усі від нього відчепились. Описуючи основні моменти конфліктів часто дає несуттєві деталі. Намагається уникати запитань щодо його відчуттів, акцентуючи увагу лише на конкретних фактах ситуацій. Одночасно стверджує, що відчуває себе беззахисним та відчуває незрозумілу порожнечу всередині.

Описати себе як особистість пацієнт відмовився, мотивуючи, що людина не може адекватно знати про себе і це краще видно людям з боку, ніж йому самому. Описуючи притаманні собі риси характеру лише як позитивні («спокійний», «нормальний», «як всі»), негативними схильний наділяти батьків та викладачів. На пояснення лікаря, що людина не може мати лише позитивні чи негативні риси, спочатку з розумінням погоджується, але ж одразу посміхаючись каже: «Ви ще не бачили моїх батьків...». В бесіді описує батьків, то як відповідальних, відвертих, то егоїстичних, байдужих. Пояснюючи власні суперечливі вчинки інтерпретує їх як виправдану необхідність («злюсь, бо інакше не доходить...», «...я ж не винен, що він захворів, в мене залік, чому я повинен страждати ...»).

Виходячи з кабінету пацієнт дякує і каже, що зрозумів, що у всьому потрібно розбиратись самотійно.

В даній ситуації ми говоримо про межову організацію особистості, про що свідчить недостатній рівень ідентичності «Я» (образи «Я» та об'єкт-репрезентації розглядаються лише як «добрі» чи «погані»; загальний образ «Я» не вимальовується; прояснення протиріч викликає лише часткове розуміння, за яким слідує супротив чи знецінення). Переважно використання примітивних механізмів захисту (в даному випадку – розщеплення, примітивне знецінення, заперечення) та відсутність порушення тестування реальності також підтверджують дану гіпотезу.

*Ситуація 3.* На консультацію в супроводі матері звернувся юнак. Після сварки з батьком через навчання став замкнутим та похмурым, була невдала спроба суїциду. З батьком не розмовляє, і намагається не залишатись з ним наодинці, мотивуючи, що батько недостатньо адекватний щодо нього і вимагає бути «не собою».

Контакт підтримує непевно, після того, як мати вийшла з кабінету, помітно напружився. На початку розмова мала формальний характер, відповіді на запитання були формальними, поверхневими. Юнак не міг навести конкретні приклади конфліктів. При інтерпретації, що можливо відчуття сорому й тривога не дають йому зізнатися, він на певний момент замкнувся у собі. Протягом кількох хвилин мовчав, потім підняв очі, ніби не пам'ятає про що йшлося.

Під час бесіди хлопець часто звинувачував себе, що не здатен щось довести до «пуття», що він нездара, якого немає за що любити. На запитання, звідки у нього такі уявлення про себе, відповів, що так і є. З його слів, батько казав, що від кожної людини повинна бути користь, а від нього поки що – нічого. І тепер розуміє, чому мати хоче віддати його до психіатричної лікарні, адже він ганьбить їх перед родичами. Зауважує, що взагалі заважає усім своїм існуванням, люди ненавидять його за це і лікар напевно теж гидує спілкуватись з таким як він, й хлопець просто гає час лікаря. Неодноразово виказував ідеї, що хтось міг позаздрити, його дитинству, коли у нього було усе, і навести «прокляття», а оскільки він слабкий духом – легко піддався. Намагання лікаря спростувати судження юнака, лише підвищували тривогу та переконаність, що все набагато гірше «ніж можна було очікувати».

Отже, у даній ситуації можна відзначити використання таких механізмів захисту як примітивні форми інтроєкції та проєкції, заперечення, примітивна ідеалізація й знецінення, які допомагають особистості настільки спотворити існуючу реальність та уявлення про внутрішні проблеми, щоб тривога стала менш всепоглинаючою й більш зрозумілою (виправданою). Порушення ідентичності «Я» проявляється у важкості описати себе чи когось

з близьких людей, їх опис зазвичай буває поверхневим, суперечливим чи навпаки мінімалістично конкретним без опори на реальні образи (існуючі приклади з життя). Наявність ідей власної неповноцінності, неспроможності, керуюче відчуття провини та сорому, інтерпретація та прояснення яких змушують особистість регресувати, підвищують тривогу та активізують більш примітивні захисти, як от: ізоляція та заперечення, свідчать про психотичний рівень реагування. Наявність маячних інтерпретацій, що не коригуються раціональними проясненнями і водночас підкріплюють власні уявлення про себе та оточуючий світ, свідчать про порушення тестування реальності.

Повертаючись до мети нашої роботи доцільно провести паралель між структурним рівнем організації та напрямком психотерапевтичної інтервенції.

Невротики зазвичай є чудовими кандидатами для психоаналізу або традиційних психоаналітично-орієнтованих методик, що розкривають сильне Его. Невротичний пацієнт швидко встановлює з терапевтом робочий альянс, коли клініцист і частина, що спостерігає, пацієнта поєднуються в розкритті раніше несвідомих захистів, почуттів, фантазій, надій, конфліктів і прагнень. Людина, що має характер невротичного рівня, може сприймати фокусування на проблемі як стимулююче й продуктивне. Подібним чином високофункціональним клієнтам добре допомагає робота в аналітично-орієнтованій групі й у сімейних варіантах терапії, у той час як пацієнтам з межовими і психотичними розладами вона часто не приносить полегшення. Використання інших методів та напрямків психотерапії часто обмежується саме роботою з невротичним рівнем реагування завдяки кращому когнітивному й емоційному сприйманню та можливості швидко створювати продуктивний терапевтичний альянс.

Пацієнти на психотичному рівні нерідко мають потребу в підтримуючій терапії, у якій з-поміж іншого, робиться акцент на безпеці, освіті й увазі до впливів конкретних стресів [1]. Пацієнти, схильні до



психотичної дезорганізації, відчувають незахищеності в цьому світі й завжди готові повірити, що розпад неминучий. Застосовувати до них якісь підходи, що допускають певну частку двозначності – те саме, що «плюснути бензину у полум'я психотичного жаху» [5].

Метою підтримуючої психотерапії є створення атмосфери психологічної безпеки (пацієнт перебуваючи у симбіотично-психотичній позиції потребує відчуття надійності з боку психотерапевта). Те, що пацієнт погоджується з вами чи на якийсь момент відступає від своєї позиції, не означає, що він вам довіряє. Поняття довіри для психотично-реагуючого клієнта полягає в умовному поверненні комфорту перших років життя, коли особистість не диференціює себе від матері і цей симбіоз відповідно дає відчуття себе захищеною, могутньою та здатною задовольняти власні потреби за вимогою. Тому пряма інтерпретація механізмів захисту чи неадекватної поведінки, створює ще більший хаос, і фактично підтверджує позицію пацієнта сприймати психотерапевта як загрозу ззовні (як «всемогутнього, відчуженого й, можливо, караючого Іншого», страх перед яким неминуче загрозливий) [5].

Активна демонстрація того, що пацієнт сприймається як особистість рівна в моральному плані, емоційна відкритість та щирість, допомагає прийняттю терапевта. Наприклад, щире підтвердження, що під час спілкування з пацієнтом ви відчуваєте більше напруги, ніж звичайно, доступне пояснення цих відчуттів та пропозиція задовольнити цікавість клієнта, допоможе людині дослідити власне сприйняття, тим самим підкріплюючи його реалістичну оцінку.

Іншим аспектом підтримуючої психотерапії є виховна роль терапевта. Нормалізація стану пацієнта шляхом прояснення за допомогою психологічних знань та з урахуванням аналізу даних анамнезу. У виховній бесіді важливо передати надію на розуміння, уникаючи прямолінійних висловлювань. Пояснення радше мають стосуватися практичних питань

буденного життя, зовнішньої реальності, з якою контактує особистість [1]. Така позиція допомагає пацієнту не відчувати себе «божевільним». Третім аспектом є пов'язання тривоги з конкретними стресами (стресовими ситуаціями) [5]. Отже, терапевт узагальнює для клієнта весь умовний хаос, що керує ним. Дочекавшись, коли пацієнт висловить усі свої переживання (враження), витримавши паузу для заспокоєння, звертає увагу на переживання, їх силу, інтенсивність, можливо нову їх формацію, не вдаючись до інтерпретації, що могло їх викликати чи не вказуючи на їх «не нормальність». Для прикладу, якщо людина виказує побоювання, що від її вчинків може змінитись світ, варто зазначити, що дійсно важко нести таку відповідальність.

Пацієнтам, які перебувають на межовому рівні, найкраще допомагає експресивна терапія – стиль роботи, при якому вирішальне значення мають встановлення меж відносин, необхідність позначення контрастних станів Его й інтерпретація примітивних захистів. Це дає змогу організувати межову особистість для створення терапевтичного альянсу. Людина сприймається як суб'єкт, що може самостійно впоратися з фрустрацією і це дає змогу дослідити особистість в її протиріччях та боротьбі. Неодноразово в роботі з такими пацієнтами виявляється факт, що людині допомагали справлятися з фрустрацією, чи то шляхом підтримки регресії, чи то від них очікували згоду на експлуатацію особистості («...якщо я не можу з цим впоратися, нехай буде як є...»). В обох випадках людина адекватно не відреагувала ситуацію і тому в неї не вистачає досвіду, що породжує тривогу перед невідомим.

У безвихідних ситуаціях можна звертатися по допомогу до пацієнта. У цих випадках корисно припинити регресію й підтримувати індивідуацію. Терапевт формує своє розуміння особистості пацієнта, коли той перебуває в стані спокою й бере до уваги інформацію, що втримується в контрпереносах.

Підводячи підсумки, можна сказати, що психодинамічне розуміння психіки допомагає нам зазирнути в глибини психічних конфліктів особистості, які формують психо- та патопсихологію людини з психічними порушеннями. На прикладі структурної організації особистості ми розглянули наскільки важливим є відповідне розмежування для психотерапевтичної інтервенції та тактики комплексного лікування в цілому.

Зазначена нами невротична організація особистості характеризується спектром зрілих та примітивних механізмів захисту, які при певних умовах ригідно використовуються особистістю, чим і формують основні поведінкові та афективні прояви; інтегрована ідентифікація «Я» та адекватне тестування реальності допомагають особистості максимально включатися в терапевтичний альянс для подолання проблеми.

Психотична організація особистості може бути охарактеризована як така, що ригідно фіксована на примітивних формах психологічного захисту, що дозволяє якомога більш «спотворити» (змінити) існуючу реальність з метою зняття психічної напруги та мінімальними витратами зі сторони психіки. Тому порушення сприйняття реальності та ідентичності «Я» є не чим іншим як проявом адаптації особистості до внутрішнього хаосу. А отже, психотерапевтична інтервенція повинна бути спрямована на зміцнення захисних механізмів особистості, створення умов (внутрішніх меж) для прийняття реальності та інтеграції «Я» як єдиного цілого.

Розглядаючи межову особистість ми говорили про недостатність інтегрованості «Я». Постійне відчуття порожнечі, протиріччя в сприйнятті самого себе, непослідовність поведінки, що неможливо інтегрувати з емоційним осмисленням, і нечітке, поверхнєве сприйняття інших – все це прояв дифузійної ідентичності [4]. Визначне використання примітивних механізмів захисту розщеплює образи-репрезентації «Я» на протилежності, відмежовує емоційний досвід від когнітивного, тим самим створює умови для ослаблення адаптації та гнучкості особистості. Спроможність тестувати реальність відрізняє її психотичної організації, і цим наближує спроможність

краще інтегруватись в активний терапевтичний альянс. Робота з межовими пацієнтами направлена на активне переусвідомлення неефективності суперечливостей власного сприйняття та реагування й створення єдиної цілісної структури Его.

Таким чином діагностичний аспект психоаналітичного спрямування має значний внесок для подальшого вивчення особливостей психіки.

### **Література:**

1. Блох С. Введение в психотерапию – К.: изд. «Сфера», 1997. – 280 с.
2. Вітенко І.С., Лазук-Бендас Т.І. Основи психоаналізу: Навчальний посібник. – Чернівці: Книги – XXI, 2006. – 144с.
3. Гюнтер Аммон. Динамическая психиатрия. – СПб.: изд. Психоневрологического института им. В. М. Бехтерева, 1995, – 200 с..
4. Кернберг О.Ф. Тяжелые личностные расстройства: Стратегии психотерапии / Пер. с англ. М.И. Завалова. – М.: Независимая фирма “Класс”, 2000. – 464 с.
5. Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика: Понимание структуры личности в клиническом процессе / Пер. с англ. – М.: Независимая фирма “Класс”, 2001. – 480 с.
6. Пери С., Купер А.М., Мичелс Р. Психодинамическая формулировка: ее цель, структура и клиническое применение. – М.: Журнал практической психологии и психоанализа, №1, 2009
7. Хиншелвуд Р.Д. Психодинамическая формулировка в оценке [показанности] психотерапии. – М.: Журнал практической психологии и психоанализа, №1, 2009.

Резюме: использование психоаналитической диагностики личности помогает лучше понять особенности реагирования человека с психическими нарушениями, путем изучения центральных конфликтов личности, защитных механизмов, которые индивид чаще всего использует, возможностью адекватно тестировать реальность и интегрировать собственное «Я».

Ключевые слова: психоаналитическая диагностика, уровень организации личности, психотерапия

Summary: The application of psychoanalytic personality diagnosis helps to better understand the features of human responses to mental disorders, by examining the central conflicts of personality, defense mechanisms, which often uses the individual, the ability to adequately test and integrate the reality of the self.

Keywords: psychoanalytic diagnosis, level of personality, psychotherapy