Аврамчук О.С.,

Житомирська обласна лікарня №1

УДК 159.9.072.43-159.972-616.89-616-052

Практичне застосування психоаналітичної парадигми рівнів організації особистості в психіатрії та психотерапії

Резюме: психоаналітичне розуміння структури організації особистості має актуальне практичне значення для визначення напрямку психотерапевтичних інтервенцій. Шляхом вивчення центральних конфліктів особистості, захисних механізмів, спроможністю адекватно тестувати реальність та інтегрувати власне «Я» - допомагає краще зрозуміти особливості реагування людини з психічними порушеннями.

Ключові слова: психоаналітична діагностика, рівень організації особистості, психотерапія

Швидкими темпами в психології та психотерапії з’являються нові моделі та теорії особистості, які намагаються поєднати знання накопичені за численні роки. Г.Блюм порівняв цей процес з «епідемією чуми» [2]. Автор звертає увагу, що нові концепції не піддаються перевірці. Вони здаються більш привабливими для розуміння, використовуючи більш зрозумілі формулювання наближенні до життя. Поряд з тим спроби перевірити чи заперечити вже існуючи концепції, здаються не актуальними, ніж «спокуса сфабрикувати нові» [2].

На нашу думку найбільш наближено, в широкому сенсі, до розуміння особистості підійшли психоаналітики. Теорія, що виникла на основі клінічної практики охоплює розвиток та формування як «нормальної», так порушеної особистості від народження до зрілого віку.

Однією з найбільш важких проблем психіатрії – диференційна діагностика особистісних порушень та змін особистості під впливом психічних розладів, безпосередньо знайшла свою відповідь в психоаналізі.

Психоаналітична діагностика допомагає створити єдину логічну послідовність, яка б характеризувала порушену особистість в її багатомірності. Бінглхоул писав: «Структура характеру може бути осмислена як організація потреб та емоцій всередині кожної людини, пристосована для адекватного реагування на основні соціальні цінності групи» [2]. Таким чином при наявності конфліктних зрушень особистість буде прагнути до повернення визначеного адекватного реагування з оточенням чи то навпаки створювати власні межі свого Я для комфортного існування поряд.

Кожну людину можна описати як систему, що має певний рівень розвитку особистості (психотичний, межовий, невротичний) і тип організації характеру (істеричний, параноїдний, депресивний і так далі). Це буде означати, що дана людина характеризується певною сукупністю імпульсів, тривог, захисних механізмів і об'єктних відносин, що у травматичній ситуації, переважаючі над адаптаційними можливостями індивіда, може обумовити декомпенсацію у вигляді відповідного розладу [4].

Рівень особистісної організації – невротичний, межовий або психотичний – є найважливішою характеристикою пацієнта, що вказує нам наскільки і яким чином, особистість здатна впоратися з внутрішніми конфліктами. Коли розглядаємо ступінь інтеграції його ідентичності, типи його звичних захисних механізмів і його здатність до тестування реальності, ми можемо зробити диференціальну діагностику психічних захворювань більш чіткою й ефективніше спланувати лікувальний процес (психотерапевтичний процес) [3].

Невротична організація особистості являє собою захисну організацію, в основі якої лежить витиснення й інші захисні механізми вищого рівня. Вона припускає інтегровану ідентичність структур Я на відміну від межової або психотичної. 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 пошкоджена при психотичній.

Н.Мак-Вільямс вказує, що: «Найбільшою перевагою для психотерапевта при теоретичному осмисленні клієнтів, з погляду розвитку, є можливість зрозуміти, чого було б розумно очікувати у випадку оптимальної терапії для кожного з них». Таким чином клінічне застосування діагностики структурної організації особистості знаходить під час вибору та планування психотерапевтичних інтервенцій.

Узагальнюючи теоретичні концепції можна виділити наступні напрямки практичного застосування: пацієнти з невротичною організацією зазвичай є чудовими кандидатами для психотерапевтичних методик, вони швидко встановлюють з терапевтом робочий альянс. Людина, що має характер невротичного рівня, може сприймати фокусування на проблемі як стимулююче й продуктивне.

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. Пацієнти, схильні до психотичної дезорганізації, відчувають незахищеності в цьому світі й завжди готові повірити, що розпад неминучий. Метою підтримуючої психотерапії є створення атмосфери психологічної безпеки (пацієнт потребує відчуття надійності з боку психотерапевта). Емоційна відкритість та щирість, допомагає прийняттю терапевта; пояснення в терапії, що зверненні на практичні питання буденного життя, зовнішньої реальності, з якою контактує особистість, допомагають пацієнту не відчувати себе «божевільним» [1].

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 [4]. Це дає змогу організувати межову особистість для створення терапевтичного альянсу.

Для підтвердження запропонованих гіпотез було проведено дослідження, метою якого було виявити зміни рівня тривожності та ступеню депресії залежно від рівня організації особистості та відповідного напрямку психотерапевтичної інтервенції. В дослідженні взяли участь 27 волонтерів. Серед них 7 осіб – студенти стаціонарної форми навчання Житомирського Державного університету ім. І.Франка та 20 досліджуваних – пацієнти стаціонару Житомирської обласної лікарні №1.

Усім кандидатам було запропоновано і отримано згоду на проходження групової психотерапії.

На початку дослідження з кожним кандидатом було проведено психодіагностичне інтерв'ю на основі психоаналітичної теорії з метою визначення показань до психотерапії, основних механізмів психологічного захисту, ступеню ідентифікації «Я» та спроможності тестувати реальність [3,4,5].

Після проведеного інтерв’ю було організовано дві групи. Перша група склала 21 особу з числа опитаних і була організована з метою підтвердження гіпотез. Друга група включила в себе 6 осіб, метою якої було дослідження зміни рівня тривожності та депресії при не відповідності запропонованої психотерапевтичної інтервенції та відповідної структури особистості.

В свою чергу перша група була розділена на три підгрупи відповідно до рівня структурної організації особистості. Першу підгрупу склали 7 досліджуваних - студенти стаціонарної форми навчання Житомирського Державного університету ім. І.Франка, в яких було визначено невротичний рівень організації особистості (відповідно до наявності тестування реальності, інтегрованого «Я» та використання зрілих механізмів захисту). Друга – 7 осіб з діагнозом депресивний епізод (F33) та змішаний тривожно-деперсивний розлад (F41.2), у яких визначалась межова організація особистості (відповідно до наявності тестування реальності, дифузної інтеграції «Я» та першочергове використання примітивних механізмів захисту). Третя підгрупа – 7 осіб з діагнозом постшизофренічна депресія

(F20.4), які характеризувались як особистості з психотичною організацією (порушення тестування реальності (слухові галюцинації в анамнезі, наявність маячних ідей на момент обстеження), порушення інтеграції «Я», відсутність зрілих механізмів захисту).

Виходячи з розуміння того, що перша підгрупа вільно інтегрується в будь-якому напрямку, а для другої, те що підтримка регресії підтримуючої психотерапії не дасть достовірні результати. Групи для порівняння на невротичному рівні та межовому не досліджувались.

Таким чином друга група не розділялась й була організована з 6 осіб з діагнозом постшизофренічна депресія (F20.4) та психотичним рівнем організації.

В першій групі були запропоновані наступні психотерапевтичні інтервенції відповідно до висунутих гіпотез. Для першої підгрупи було запропоновано пройти курс короткострокової психотерапії в групі загальним курсом 10 занять, двічі на тиждень по півтори години. Для другої – експресивна групова психотерапія в закритій групі тричі на тиждень по півтори години. Для третьої – підтримуюча психотерапія у відкритій групі в рамках супротивної аналітико-орієнтованої терапії та арт-терапевтичних заходів (психотерапевтичні заняття проводились тричі на тиждень в середньому протягом двох місяців, заняття тривало півтори години).

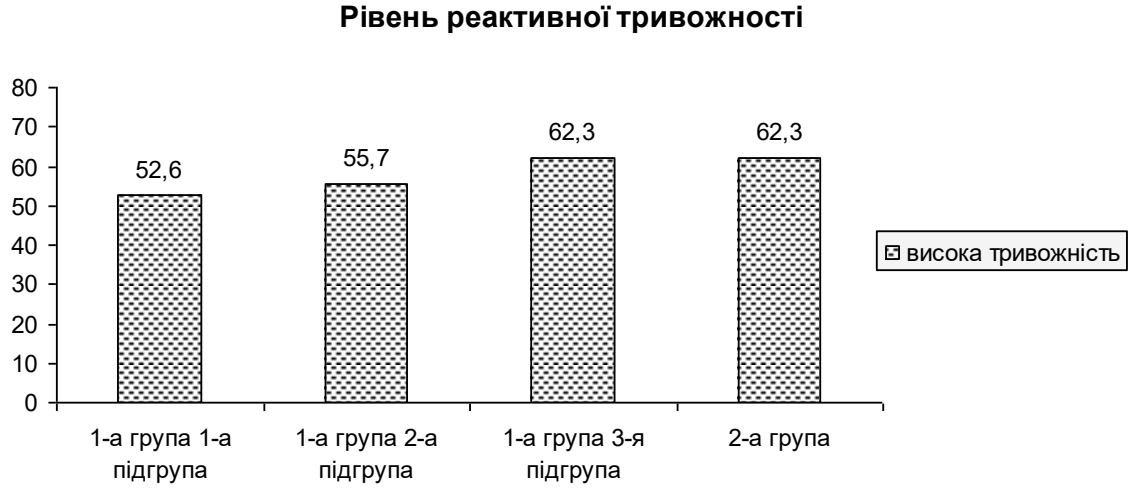
З метою порівняння для другої групи запропонована експансивна групова психотерапія в закритій групі тричі на тиждень по півтори години.

Психотерапевтичні інтервенції в другій та третій підгрупах першої групи й в другій групі проводились невідривно від медикаментозного лікування.

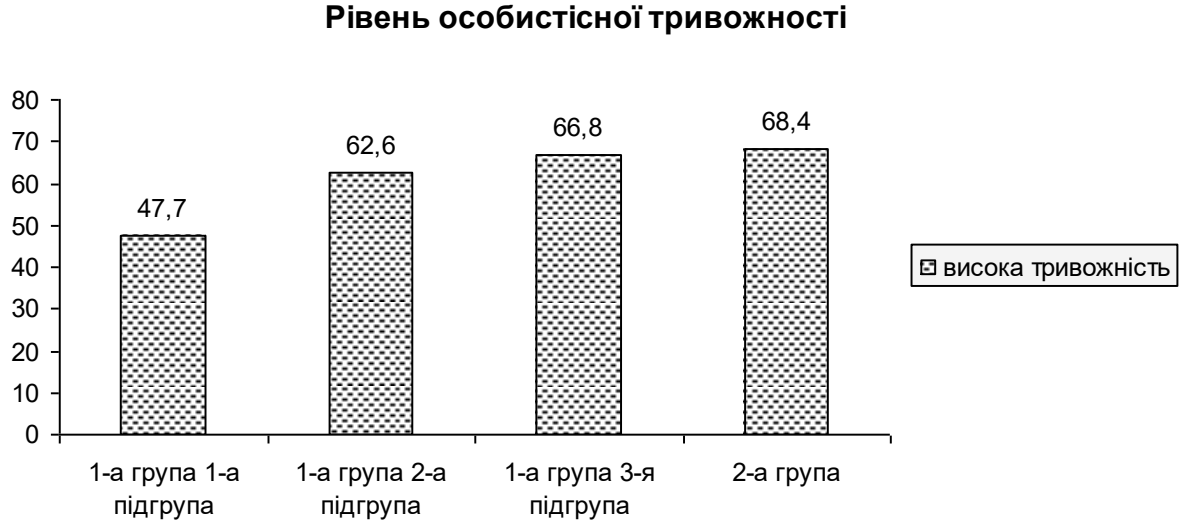
Експериментально-психологічне дослідження проводилось з використанням таких методик: опитувальник самооцінки особистісної та реактивної (ситуативної) тривожності Спілбергера-Ханіна та шкала депресії Бека.

На початку дослідження особистісна та реактивна тривожність по групах розподілилася наступним чином (див. мал. №1-2): середній показник особистісної тривожності в першій підгрупі першої групи – 47,7; реактивної – 52,6; в другій підгрупі – 62,8 / 55,7 відповідно; в третій – 66,8 / 62,3; в другій групі – 68,4 / 62,3. Середній рівень депресії за шкалою Бека (див. мал.№3) в першій групі відповідно до підгруп: 1-а – 27б. (помірний ступінь); 2-а – 29б. (помірний); 3-а – 35б. (важка депресія). В другій групі склав 34б. (важка депресія).

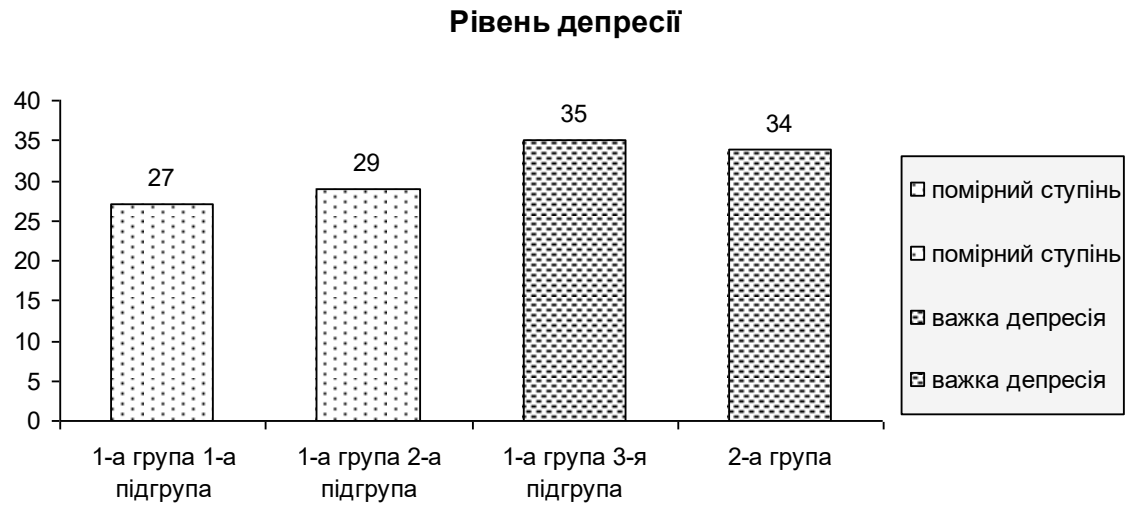
Малюнок №1



Малюнок №2



Малюнок №3



В роботі першої підгрупи першої групи доволі швидко встановився терапевтичний альянс. Ситуативна тривога на початку сесій швидко відступала, коли починала взаємодія між членами групи. Основним фокусом в групі стало відчуття невпевненості у власних силах перед планами на майбутнє. Взаємодія членів групи характеризувалась стабільним рівнем довіри, критичними коментарями та спроможністю відреаговувати емоційні переживання в групі. Найчастіше використовувались раціоналізація та інтелектуалізація як захисти. Яскраво спостерігались прояви заперечення, витіснення та заміщення, коли інтерпретації стосувалась батьківських образів в кожному з досліджуваних, однак достатній рівень інтеграції «спостерігаючого» та «переживаючого» «Я» допоміг прийти до прояснення та усвідомлення інтроектованих образів.

86% учасників групи відзначили полегшення від пройденого курсу і виявили бажання продовжувати терапію. Ретестова діагностика після закінчення психотерапії показала наступні середні результати по групі: рівень особистісної тривоги знизився на 25 % (35,9); рівень реактивної – на 36 % (33,7); середній рівень депресії за шкалою Бека – 9б., що вказує на відсутність депресії.

Друга підгрупа першої групи проіснувала півтора місяці та завершила своє існування у зв’язку з випискою пацієнтів із стаціонару. Робота другої

підгрупи характеризувалась підвищеною напруженістю на початку групових занять. Члени групи просили, щоб ними «керували», підказували, як потрібно розпочати і про що «можна говорити». Напруженість почала знижуватись, коли один з членів групи почав розповідати про власний досвід. На перших зустрічах було багато критичних коментарів, порад, гумористичних історій. Неможливість адекватно вербалізувати переживання, стала причиною недовіри та остраху бути не зрозумілим. Часто поставало питання про самотність, здоров'я, смерть; багато негативних емоцій проектувались на образи поза групою: лікарі, батьки, родичі. За інтерпретаціями психотерапевта завжди слідувала тривала пауза. Розщеплення у психіці індивідів на «добрих» та «поганих» стало відреаговуватись на групі і утворились три коаліції. Так як пацієнти перебували в стаціонарі більшість часу, персонал почав звертати увагу на не адаптивну поведінку. Найчастіше це проявлялось в тому, що пацієнти починали наговорювати один на одного, почастішало звернення до персоналу в пошуках допомоги та підтримки; звернули увагу, що деякі пацієнти стали більш усамітненні, в той час як інші з тієї ж групи намагалися не залишатися на одинці.

Коли на наступних сесіях було зроблена інтерпретація та прояснення захисту за типом «відреагування ззовні», група помітно стала згуртовуватись. Спершу реакція, що була нами охарактеризована «товаришуємо усі проти лікаря», допомогла групі почати висловлювати емоційні переживання. Інтерпретації психотерапевтичних моментів (захистів, переносу) почали сприйматись стримано та з розумінням.

Наприкінці існування групи досліджуванні відзначили покращення настрою та зниження тривоги. Ретестова діагностика підтвердила враження групи і виявила зниження рівня особистісної тривоги в середньому по групі на 29 % (44,6); реактивної – 37 % (35,1); рівень депресії на фоні медикаментозного лікування в середньому – 16б., ознак депресії не виявлено.

В третій підгрупі швидко з'явилася «поверхнева товариськість», тобто пацієнти активно включалися в обговорення запропонованих тем, однак

відмінністю стало повне відчуття недовіри до членів групи та надмірна ідеалізація психотерапевта. Кожен з членів групи намагався отримати підтримку від психотерапевта, провокативно конкуруючи між собою. Вони часто перебивали один одного, зверхньо втручалися в коментарі та заперечували власні недоліки помічені іншими. В результаті підтримки від психотерапевта, яка в рівноцінно надавалася кожному, звернення на повагу до інших, як до самих себе, можливість щиро й повноцінно висловлюватись в межах запропонованих терапевтом, група об'єдналася в єдину матрицю, переповнену тривогою та бажанням опіки й розуміння. Включення арт-терапевтичних методик дозволило групі вільно ділитися переживаннями й бути зрозумілими іншим. Роблячи акцент на загальних переживаннях й не даючи конкретних інтерпретацій під час сесій, вдалося згрупувати їх довкола активного пошуку адаптивних форм емоційного реагування та поведінки, розуміння оточуючої реальності й взаємин. Нові члени групи сприймалися з недовірою та ревнощами щодо терапевта, однак протягом кількох занять активно включалися як «свої».

Ретестова діагностика рівня тривоги та депресії показала помітне зниження показників, що було обумовлене відповідним поєднанням психотерапевтичного впливу та відповіді на медикаментозне лікування (покращення в комунікативних навичках та у терапевтичному комплаєнсі було відзначено медичним персоналом): середній рівень особистісної тривоги знизився на 25 % (50,3); середній рівень реактивної – на 25 % (46,6); середній рівень депресії за шкалою Бека – 27б. (помірний ступінь).

Друга група проіснувала два тижні, загальна кількість проведених занять шість. Ретестова діагностика проводилась на момент офіційного розпуску групи.

На початку група мала схожі тенденції, як і попередня. Особливістю проведеної психотерапії, стало те, що група була закритою. Рамки, які були виставленні психотерапевтом неодноразово порушувались, а інтерпретація поведінки сприймалася вороже. Інтерпретація механізмів психологічного

захисту сприймалась не як емоційне звернення, а як докір, звинувачення. В групі на протязі перших чотирьох сесій панувала тривога, і кожна починалася з тривалого мовчання, яке також сприймалося з недовірою. Як результат з групи пішли двоє, мотивуючи, що «це знущання над хворими людьми».

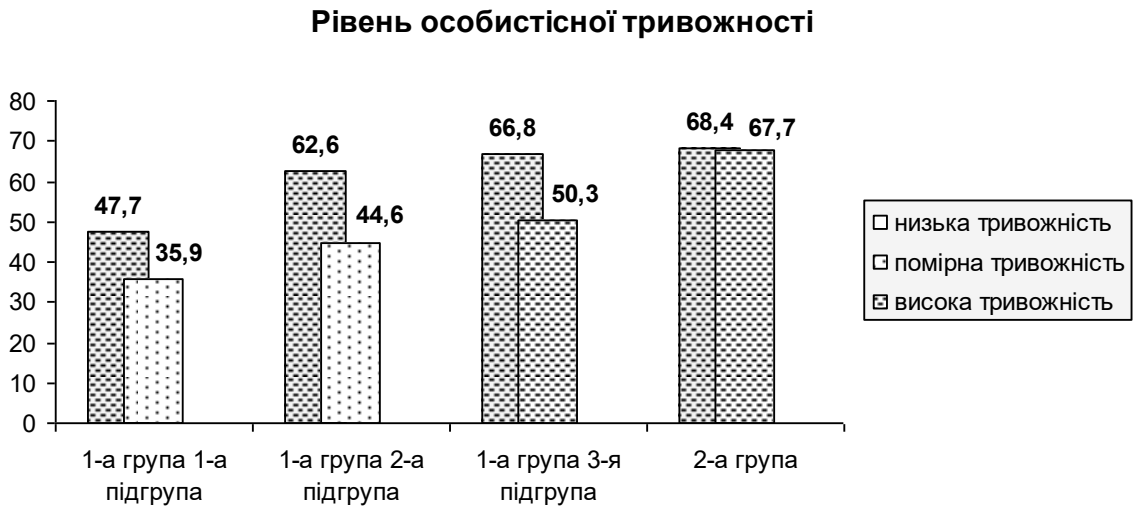
Обговорення тем радше нагадувало прямі звернення до терапевта й очікування відповіді. Прояснення примітивної ідеалізації психотерапевта, викликало помітне підвищення тривоги, й стало причиною виходу ще одного члена групи. В результаті того, що кількість членів групи не підпадає під визначення малої психотерапевтичної групи і робота її є не продуктивною, психотерапевтом було прийнято рішення про розпуск. На початку шостої сесії це питання було винесене на обговорення групи, що було сприйнято з сильною тривогою та відчуттям сорому.

Під час індивідуальної бесіди після розпуску групи більшість членів відмітили періодично виникаюче відчуття, що над ними експериментують й бажання скоріше закінчити заняття, поки не стало гірше. Троє членів, що залишились на момент офіційного розпуску вказували на внутрішню боротьбу між «Я мушу» і «Мені боляче».

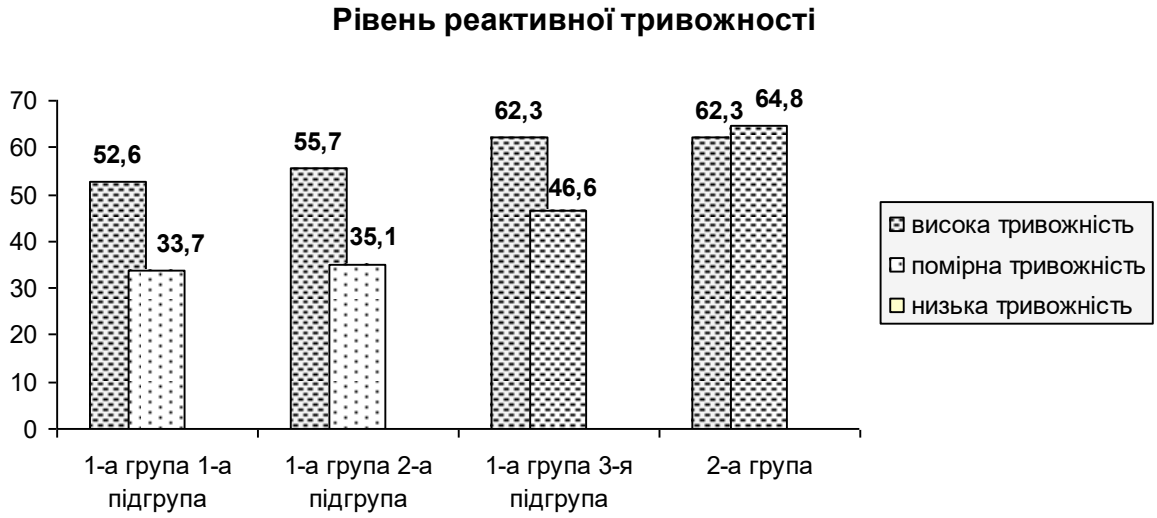
Ретестова діагностика показала підвищення рівня ситуативної тривоги після виходу з групи середній показник зріс на 4% (64,8); рівень особистісної майже не змінився – зменшення на 1% (67,7). Рівень депресії за шкалою Бека знизився – 28б. (помірна депресія), радше як реакція на медикаментозне лікування.

У зведених графіках (див. мал. №4-6) можна відмітити зміни у кількісному та якісному співвідношенні рівнів тривожності та депресії, як результат проведених психотерапевтичних інтервенцій.

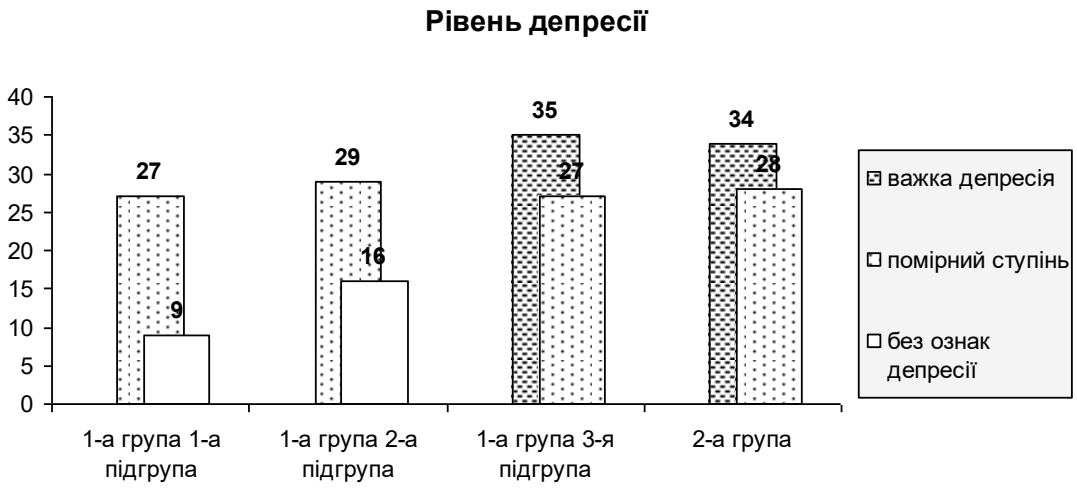
Малюнок №4



Малюнок №5



Малюнок №6



Таким чином, визначена нами гіпотеза підтвердилась. Ми відзначили, що назначений відповідно до рівнів організації особистості напрямок психотерапевтичної інтервенції має вагомий вплив. Зниження рівня особистісної та реактивної тривоги може свідчити про відповідність та адаптованість запропонованих напрямків роботи до особливостей організації особистості. Зникнення клінічних ознак депресії в першій й другій підгрупах першої групи та зниження в третій, свідчить про тісний терапевтичний альянс створений в результаті взаємодії групи як єдиного цілого. Визначальним також є підвищення рівня реактивної тривожності в другій групі, що згідно з нашою гіпотезою підтвердило дезорганізаційний вплив експресивних технік психотерапії на психотичну особистість.

Проведені нами дослідження не дають однозначних підстав стверджувати, що конкретні психотерапевтичні техніки, які були застосовані в даному дослідженні є більш дієвими. Враховуючи, що це не було метою нашого дослідження, ми намагалися доповнити клініко-психологічне розуміння особистості та його застосування в психотерапевтичній та психіатричній практиці. Вибір відповідних психотерапевтичних інтервенцій до структури організації особистості має актуальне практичне значення.

Література:

1. Блох С. Введение в психотерапию – К.: изд. «Сфера», 1997. – 280 с.
2. Блюм Г. Психоаналитические теории личности – М.: изд. «КСП», 1996. - 247 с.
3. Кернберг О.Ф. Тяжелые личностные расстройства: Стратегии психотерапии / 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 / Пер. с англ. – М.: Независимая фирма “Класс”, 2001. – 480 с.

5. Хиншелвуд Р.Д. Психодинамическая формулировка в оценке [показанности] психотерапии. – М.: Журнал практической психологии и психоанализа, №1, 2009.

Резюме: психоаналитическое понимание структуры организации личности имеет актуальное практическое значение для определения направления психотерапевтических интервенций. Изучение центральных конфликтов личности, защитных механизмов, возможности адекватно тестировать реальность и интегрировать собственное "Я" способствует лучшему пониманию особенностей реагирования человека с психическими нарушениями.

Ключевые слова: психоаналитическая диагностика, уровень организации личности, психотерапия

Summary: The psychoanalytic understanding of the organizational structure of personality has actual practical value for determining the direction of psychotherapeutic interventions. The study of the central conflicts of personality, defense mechanisms, the ability to adequately test the reality and integrate own self “Ego” contributes to a better understanding of the response person with mental disabilities.

Keywords: psychoanalytic diagnosis, level of organization of personality, psychotherapy