

ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ В ПСИХИАТРИИ

УДК 616:89-008:1599

Бабура Е.В.

СТРУКТУРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТНОЙ ДЕЗОРГАНИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ РЕГИСТРАМИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», Донецк, ДНР

Традиции отечественной биологически ориентированной психиатрии концептуализируют все психические расстройства в зависимости от уровня мозговой дисфункции в рамках дихотомии «невроз-психоз» или как не имеющих четких разграничительных критериев заболеваний невротического и психотического регистра, не выделяя при этом специфики индивидуально-личностных характеристик больных [1]. Однако, начиная с 2005 года Всемирная психиатрическая ассоциация взяла курс на практическое внедрение принципов гуманитарного, личностно-ориентированного подхода, который делает основной мишенью при оказании психиатрической помощи личность пациента в контексте ее многоуровневого функционирования на биологическом, психологическом, социальном, культуральном и духовном уровнях [2]. С тех пор осуществляются попытки интегрированного понимания расстройств с позиции нарушения ресурсных возможностей личности, отражающих внутреннюю, субъективную составляющую адаптивного функционирования, душевного благополучия и смысложизненных ориентаций больных [3-7].

В качестве основополагающего и системообразующего понятия, отражающего уровень индивидуальной дисфункциональности личности при психических расстройствах, обоснованным можно считать использование понятия «дезорганизация личности» как индикатора нарушения субъективного внутреннего мира человека [8,9]. На основании критериев степени интеграции идентичности, уровня психологических ресурсов и уровня тестирования реальности были выделены три уровня дезорганизации

личности: невротический, психотический и пограничный [10,11].

Среди различных методологических подходов к изучению психического состояния человека особое место занимают методы исследования личности, опирающиеся на анализ и интерпретацию диалогового взаимодействия врача и пациента. К таким методам в первую очередь относятся метод психоаналитического понимания структуры личности в клиническом процессе (метод Н. Мак-Вильямс) и структурное диагностическое интервью О. Кернберга.

Цель исследования: на основе данных структурного диагностического интервью О. Кернберга проанализировать структурные особенности дезорганизации личности у больных с различными регистрами психических расстройств.

Материал и методы исследования

Всего обследовано 150 больных с психическими расстройствами различного регистра, в том числе с заболеваниями невротического регистра – 60 человек и с заболеваниями психотического регистра – 90 человек.

Для изучения уровня личностной организации (дезорганизации) использовался структурный подход (интегративное структурное интервью) О. Кернберга, основанное на взаимодействии пациента и врача. Оно позволило описать взаимосвязь между структурными производными интернализированных объектных отношений личности и различными уровнями организации психического функционирования, а также оценить основные симптомы, конфликты, проблемы и положительные качества пациента. В ряде случаев психологическое структурное

тестирование было более результативным, чем клиническое интервью и существенно дополнило поведенческие и феноменологические характеристики пациента.

Кроме того, структурное интервью давало возможность исследовать то, как пациент воспринимает врача и насколько пациенту трудно чувствовать эмпатию к стремлению врача собрать в единый образ восприятие пациентом врача. Другими словами, структурное интервью представляет собой ситуацию исследования, в которой можно изучать и тестировать степень интеграции Я и восприятия объектов.

Использование личностно-ориентированной методологии и интегративных подходов, охватывающих важнейшие теории формирования личности, представляет принципиальную новизну в сравнении с тем дискретно-описательным диагностическим подходом, который, в силу известных исторических и общественных обстоятельств, укоренился в отечественной психиатрии и клинической практике. Если описательный подход опирается на принципы определения симптомов и наблюдаемое поведение, то структурное диагностическое интервью О. Кернберга и Н. Мак-Вильямс позволяет обеспечить построение «диагностической системы координат» отражающей определенный уровень развития личности, означающий, что данному человеку свойственен определенный паттерн импульсов, тревог, защитных механизмов и объектных отношений, который в травмирующей ситуации, превосходящей адаптационные возможности индивида, может обусловить декомпенсацию в виде соответствующего расстройства.

Любое психическое расстройство создает определенную напряженность, которая влечет за собой комплекс проявлений структурной и защитной организации психических функций человека, обеспечивая тот или иной уровень стабилизации психического состояния. Задача исследователя при проведении структурного интервью заключается в том, чтобы пациент проявил патологию организации психических функций. Для этого в совместной работе с пациентом использовались механизмы прояснения переживаний, конфронтация неопределенной и противоречивой информации, предоставленной пациентом и интерпретации – исследование идентичности действующих защитных механизмов и уровня

тестирования реальности.

Структурное интервью включает три фазы:

1. Начальная фаза: определение уровня тестирования реальности, способности различать Я и не Я, отличать внутриспсихическое от внешнего источника восприятия, оценивать свои аффекты, поведение и мысли с точки зрения социальных норм обычного человека. Выражается в способности пациента переживать эмпатию к тому, как терапевт воспринимает неадекватные явления при взаимодействии с пациентом, т.е. к психической реальности другого человека:

а) пациенту предлагают кратко рассказать о причинах, заставивших его обратиться к врачу, о том, чего он ждет от терапии, о его главных симптомах, проблемах и трудностях. Способность запоминать вопросы и отвечать на них ясно и цельно говорит о развитой сфере ощущения, хорошей памяти и нормальном уровне интеллекта;

б) пациенту предлагают рассказать о себе как о человеке, описать взаимоотношение с наиболее значимыми людьми, рассказать о своей жизни, учебе или работе, семье, сексуальной жизни, о том, как он проводит свободное время. Способность спонтанно говорить таким образом о себе – признак хорошей способности к тестированию реальности. Большинство психотиков не способны ответить на открытый вопрос, поскольку для этого требуется эмпатия по отношению к обычным аспектам социальной реальности;

в) пациенту предлагают объяснить, почему у врача возникает чувство, что в его рассказе были странные или озадачивающие аспекты.

Если пациент в состоянии это сделать, это означает способность к тестированию реальности, т.е. эмпатии к переживаниям врача.

На этой же фазе выясняется способность пациента понять серию вопросов и выяснить насколько он осознает свои нарушения, хочет ли избавиться, насколько реалистичны его ожидания.

2. Средняя фаза (исследование идентичности) включает:

- исследование сложностей пациента в сфере межличностных отношений, адаптации к окружению, как он воспринимает свои психологические нужды;

- исследование способности к интроспекции. Определяется тем, насколько пациент может размышлять над наблюдениями, которыми с ним делится терапевт.

Получение сведений о противоречивых чертах Я или о противоречии образа пациента образу, который построил врач.

3. Заключительная фаза: оценивается мотивация пациента по отношению к диагностическому процессу и лечению, обсуждается окончательное решение о состоянии пациента и программе по лечению и реабилитации.

Вся процедура занимает 1,5 часа (2 сеанса по 45 минут с интервалом между ними в 10-15 минут). Решаются три важные задачи: 1) исследование субъективного мира пациента; 2) наблюдение за поведением пациента во взаимодействии с ним; 3) внимание к собственным эмоциональным реакциям пациента. Эти задачи связаны с построением Я – образа пациента. Врач оценивает все неадекватные проявления в эмоциях, мышлении и поведении пациента, готовится обсудить с ним свои наблюдения, ведет себя тактично, наблюдая за тем, насколько пациент эмпатичен по отношению к нему.

В процессе использования базисных элементов структурного интервью О. Кернберга при обследовании больных с различными регистрами психических расстройств было выделено три типа личностной организации или организации психического функционирования:

1. Невротический (интегрированный) тип личностной организации.

2. Пограничный (диффузно-фрагментарный) тип личностной организации.

3. Психотический (дезинтегрированный, кризисный) тип личностной организации больных.

Все типы личностной организации (дезорганизации) в рамках личностного подхода к диагностике рассматривались нами как самостоятельные диагностические категории, отличающиеся друг от друга. При этом анализировались содержательные (качественные) характеристики структурных элементов личности.

При определении типа личностной организации (дезорганизации) учитывались следующие критерии:

1. Степень интеграции идентичности человека – уровень развития способности воспринимать положительные и отрицательные стороны своей личности и других значимых людей, как одно целое, способность соотносить себя по половым признакам к определенному полу, умение давать себе и другим полную

развернутую характеристику. Об уровне интеграции ценностно-смыслового уровня личности (Супер-Эго) в ходе структурного интервью судили по тому, в какой степени пациент идентифицируется с этическими ценностями и по тому, является ли для него нормальное чувство вины значимым регулятором.

2. Типы привычных защитных механизмов (способов избегания или преодоления тревоги) - использование различных психологических защит для адаптации в социуме, проживания непривычной или неожиданной, непрогнозируемой ситуации; ведущие индивидуальные защитные механизмы являются наиважнейшим способом взаимодействия человека с внешним миром и с событиями, происходящими с ним.

3. Способность к тестированию реальности – понимание, что было на самом деле, а что дорисовала собственная фантазия; отсутствие бреда, галлюцинаций, способность различать свои и чужие мысли, отделять себя от других (Я и не-Я), отличать внутриспсихическое от внешних источников переживаний, способность критически относиться к своим аффектам, неадекватному поведению, алогичному мышлению, если таковые имеют место, иметь наблюдающее и переживающее Я, то есть способность к рефлексии.

В качестве системного понятия и базового критерия для оценки уровня личностной организации (уровня организации психического функционирования) мы использовали понятие идентичности (Я-концепции), как динамическое, развивающееся структурное, многоуровневое, сложноорганизованное, целостное, процессуальное образование, как процесс переживания человеком своего Я как ему принадлежащего, то есть переживание тождественности самому себе, своему Я.

Идентичность представляет собой особую психическую реальность, которая совмещает психологический, социальный, культурологический и биологический аспекты, объединенные в единую целостность, которая переживается как тождественность Я во времени и пространстве, и поддерживается, и разделяется значимыми другими. Идентичность – это условие психического здоровья и достаточно зрелой личности [12].

Идентичность как динамическое свойство личности можно рассматривать как структуру и как функцию, как процесс и как результат. Структурно-динамический

анализ идентичности предполагает наличие структурных компонентов и сложно интегрированных связей между ними. Структурность и целостность, динамичность и стабильность – таковы диалектические свойства идентичности. Только наличие одновременно этих противоречивых свойств дает возможность говорить о существовании подлинной, целостной идентичности.

Для теоретической интерпретации структурных особенностей идентичности при различных уровнях личностной организации нами использовались следующие фундаментальные положения: концепция «позитивного психического здоровья» (К. Роджерс, А. Маслоу, Дж. Бьюдженталь, В. Франкл), концепция идентичности как необходимого условия психического здоровья (Э. Эриксон), статусная модель идентичности (Дж. Марсиа). На этой теоретической основе были уточнены содержательные (качественные) характеристики каждого уровня интеграции идентичности.

Защитные механизмы у обследуемого нами контингента больных играли не только дезадаптивную роль (по своей природе они искажают восприятие реальности, фальсифицируют действительность), но и способствовали адаптации и преодолению жизненных трудностей, путем снижения эмоциональной напряженности и предотвращения дезорганизации поведения, сознания и психики в целом.

В связи с этим защитные механизмы, функционирующие у больных с различными регистрами психических расстройств и личностной дезорганизации, были разделены на две группы: 1) компенсаторный набор, включавший относительно зрелые механизмы психологической компенсации (рационализация-интеллектуализация, замещение, идентификация), которые способствуют компенсации клинических проявлений психического расстройства и 2) декомпенсирующий набор, представленный комплексом различных, примитивных защитных стратегий, усугубляющих симптоматику (вытеснение, отрицание, проекция, регрессия, расщепление). Основные функции защит: а) незрелых (примитивных) – установление границ между человеком и окружающим миром; б) зрелых – установление границ между Эго, Суперэго и Ид, или между наблюдающей и переживающей частью Эго.

Третий структурный компонент личност-

ной организации (способность к тестированию реальности) – это способность различать Я и не-Я, внутреннюю и внешнюю реальность, оценивать свои аффекты, поведение и мысли с точки зрения социальных норм обычного человека, осознавать собственные проблемы. При определении недостаточной способности к тестированию реальности или ее полном отсутствии мы руководствовались следующими критериями:

- наличие бредовых идей или галлюцинаций;
- неадекватные формы аффектов, мышления или поведения; неспособность пережить эмпатию к тому, как врач воспринимает взаимодействие с пациентом;
- неадекватные интерпретации примитивных механизмов защиты, действующих во время диагностического интервью при контакте пациента и врача;
- утрата способности критической оценки своих действий со стороны;
- отсутствие понимания задаваемых вопросов.

В качестве дополнительного критерия личностной организации рассматривалось качество объективных отношений, то есть стабильность и глубина взаимоотношений со значимыми другими, а также способность переносить фрустрацию и конфликты в отношениях, при этом сохраняя их. Качество объективных отношений во многом определяется целостностью идентичности, включающей в себя не только степень интеграции, но и относительное постоянство Я-образа и образов людей во времени.

Метод математической обработки результатов предполагал использование статистических методов анализа. Расчеты проводились с использованием лицензионных пакетов статистического анализа – «Statistica 5,5» (StatSoft), «MedStart» (Альфа) на IBM PC/AT.

Результаты исследования и их обсуждение

Распределение больных с различными уровнями дезорганизации личности по диагностическим категориям МКБ-10 было следующим:

Невротическая дезорганизация личности (50 чел.) – F43 – расстройства адаптации - 15 чел.; F45 – соматоформные расстройства – 8 чел.; F41 – тревожно-депрессивное расстройство – 14 чел.; F42 – обсессивно-компульсив-

**Частота встречаемости уровней дезинтеграции идентичности
у больных с различными формами личностной организации (% ± m %)**

Уровень интеграции идентичности	Частота встречаемости (% ± m %)			Статистическая значимость различий, P
	Больные с невротической личностной организацией (n=50)	Больные с пограничной личностной организацией (n=40)	Больные с психотической личностной организацией (n=60)	
Целостно-дифференцированный	37 74 ± 4,5%	8 20 ± 5,9%	—	< 0,05
Диффузно-фрагментированный	13 26 ± 6,1%	25 62,5 ± 5,0%	9 15 ± 5,3%	< 0,01
Кризисный	—	7 17,5 ± 6,2%	45 75 ± 4,4%	< 0,001

ное расстройство – 6 чел.; F44 – диссоциативное расстройство – 4 чел.; F31 – биполярное (аффективное) расстройство – 3 чел.

Пограничная дезорганизация личности (40 чел.) - F43 – расстройства адаптации – 8 чел.; F44 – диссоциативное расстройство – 2 чел.; F31 – биполярное аффективное расстройство – 4 чел.; F20 – параноидная шизофрения – 4 чел.; F23 – острое полиморфное психотическое расстройство без симптомов шизофрении – 6 чел.; F21 – шизотипическое расстройство – 8 чел.; F23.1 – острое полиморфное психотическое расстройство с симптомами шизофрении.

Психотическая дезорганизация личности (60 чел.) – F23 – острое полиморфное психотическое расстройство без симптомов шизофрении – 10 чел.; F25 – шизоаффективное расстройство – 4 чел.; F20 – параноидная шизофрения – 32 чел.; F21 – шизотипическое расстройство – 8 чел.; F22 – хроническое бредовое расстройство – 6 чел.

Таким образом, среди лиц с невротической дезорганизацией личности подавляющее большинство (94%) составили больные с невротическим уровнем психических расстройств и только 6,0% - пациенты с заболеваниями психотического регистра. В группе больных с пограничным уровнем дезорганизации личности у 25% диагностированы невротические, а у 75,0% - психотические расстройства. Наконец, у всех больных с заболеваниями психотического регистра наблюдался наиболее высокий, психотический уровень личностной дезорганизации.

В таблицах 1,2,3 приведены данные о частоте различных уровней интеграции

(дезинтеграции) идентичности, способности к тестированию реальности и психологической защиты, выявленных в процессе структурного интервью у лиц с психическими расстройствами невротического и психотического регистра. На этом основании больные ранжировались по типам личностной организации: невротический, пограничный, психотический.

Структурная характеристика невротического уровня организации личности при проведении диагностического интервью по О. Кернбергу определялась такими качествами как эмоциональная нестабильность с доминирующей «негативной» окраской, неуверенность в себе и своих силах, переживания страха, недоверия к людям, заикленность на себе, склонность к обвинениям и самообвинениям.

В то же время чувство внутреннего дискомфорта не оказывало существенного влияния на адаптацию в социуме и психологическое благополучие. В этом диапазоне личностной организации больные имели более или менее реалистический образ себя, достаточно устойчивую самооценку, выстраивали и поддерживали близкие отношения.

Способность тестирования реальности сопровождалась пониманием ответственности за собственные проблемы жизни, пониманием себя и окружающих людей как цельных образов, включающих и отрицательные и положительные характеристики, недостатки и достоинства. В восприятии себя проявлялась четкая граница между собственным ощущением себя и ощущением других как отдельных для субъекта людей.

**Частота используемых механизмов психологической защиты
у больных с разным уровнем дезорганизации личности (% ± m %)**

Тип психологической защиты	Частота использования (% ± m %)			Статистическая значимость различий, Р
	Больные с невротической личностной организацией (n=50)	Больные с пограничной личностной организацией (n=40)	Больные с психотической личностной организацией (n=60)	
Рационализация-интеллектуализация	15 30 ± 3,6%	2 5,0 ± 3,8%	—	< 0,001
Замещение	21 42 ± 4,4%	1 2,5 ± 0,2%	—	< 0,001
Идентификация	14 28 ± 4,8%	—	—	
Вытеснение	—	19 47,5 ± 5,1%	17 28,3 ± 3,7%	< 0,01
Проекция	—	5 12,5 ± 3,4%	8 13,5 ± 2,9%	> 0,05
Отрицание	—	4 10,0 ± 2,8%	2 3,3 ± 1,1%	< 0,01
Регрессия	—	—	4 6,6 ± 1,8%	
Расщепление	—	9 22,5 ± 4,1%	29 48,3 ± 6,4%	< 0,01

Лица с невротической организацией личности имели наблюдающую и ощущающую части собственного «Я», то есть могли рефлексивно наблюдать за теми состояниями, которые переживают, обладали способностью ставить под сомнение свои убеждения, они находились в постоянном поиске истины, старались жить и быть полезными для других людей, заслужить любовь и понимание этого значимого для них другого человека, совесть и моральные ценности довлели над их истинными желаниями, которые они могли игнорировать или вытеснять. Конфликт возникал в плоскости их желания и тех препятствий, которые преграждали путь к его осуществлению, но являются, по их собственному мнению, делом их собственных рук.

Для возможности справиться с переживаниями и стрессами они, как правило, выбирали зрелые защиты, такие как вытеснение, рационализация, интеллектуализация, изоляция. У них сохранялась способность

к тестированию реальности и способность оценивать себя и других реалистично и глубоко. Им не знакомы галлюцинации и бред, отсутствовали явно неадекватные формы мышления и поведения, они испытывали эмпатию и понимание по отношению к переживаниям других людей. Свои симптомы они воспринимали как проблематичные и иррациональные.

Наиболее характерный для них целостно-дифференцированный уровень интеграции идентичности отражал наличие баланса динамичности-статичности, а также высокий уровень дифференцированности и целостности. Высокая степень дифференцированности предполагает осознание и выделение личных сторон и качеств своего Я. Целостность означает переживание внутреннего единства, несмотря на кажущуюся разнородность качеств Я. Целостность образа Я зависит от особенностей осознания рефлексии себя: чем выше уровень рефлексии себя, чем шире и богаче то содержание,

**Частота способов тестирования реальности
при различных уровнях личностной организации (% ± m %)**

Способность к тестированию реальности	Частота способов тестирования реальности (% ± m %)			Статистическая значимость различий, Р
	Больные с невротической организацией личности (n=50)	Больные с пограничной личностной организацией (n=40)	Больные с психотической личностной организацией (n=60)	
Способность к тестированию сохранена	47 94 ± 9,4%	32 80,0 ± 5,1%	—	>0,05
Способность к тестированию сохранена частично	3 6,0 ± 4,3%	8 20 ± 3,6%	10 16,7 ± 3,4%	< 0,05
Способность к тестированию реальности отсутствует	—	—	50 83,3 ± 4,9%	

с позиций которого человек осуществляет рефлексии себя, тем устойчивее его Я, тем сохраннее целостность личности. Таким образом, «целостно-рефлексивное Я», как переживание человеком своей уникальности и бесконечности, своего тождества с миром представляет собой стержень целостности личности.

Объектные отношения при невротической организации личности характеризовались душевной теплотой, уважением, эмпатией, пониманием и способностью сохранять взаимоотношения в период фрустрации. Я образ воспринимался как нечто постоянное во времени, в разных обстоятельствах с разными людьми.

В целом невротическая организация личности, несмотря на наличие клинически диагностируемых расстройств и переживание внутреннего дискомфорта, характеризуется интегрированной идентичностью, защитной организацией относительно высокого уровня с сохранной способностью к тестированию реальности.

Пограничный уровень организации личности занимает промежуточное положение между невротическим и психотическим уровнем организации личности. Он отличался некоторой временной стабильностью, по сравнению со вторым, и нарушением стабильности – по сравнению с первым.

У абсолютного большинства больных этой группы (94%) сохранялась способность

к тестированию реальности (клинически у них отсутствовали бред и галлюцинации), но отмечалась склонность к магическому мышлению.

При этом у них снижается способность осознания собственных проблем, во всех возникающих трудностях обвиняются другие или обстоятельства. При сохранении критического отношения к нарушениям, проявлялась амбивалентность чувств по отношению к окружающим: например, с одной стороны, желание близости, доверительных отношений, а с другой – страх поглощения, слияния с другим человеком. Преобладали непоследовательности, импульсивность, нестабильность жизненных целей, склонность к пессимистическим оценкам, паническим атакам и депрессии. С окружающими, как правило, устанавливаются хаотичные, пустые, искаженные отношения или они вообще блокируются.

В структуре защитных механизмов зрелые их формы (рационализация, замещение) наблюдались только у 7,5% больных и в основном у лиц с расстройствами адаптации. В остальных случаях использовались примитивные (незрелые) формы защиты: вытеснение (47,5% больных), проекция (12,5%), отрицание (10,0% больных) и расщепление (22,5% больных). Использование этих примитивных защитных механизмов не может обеспечить устойчивость и интегрированность Я перед лицом фрустрации в

межличностном взаимодействии, а следовательно, надежную саморегуляцию личности.

Эти механизмы, предохраняя от полного разрушения границ между Я и объектом, встречались как при пограничном, так и при психотическом уровне организации личности. При этом они выполняют разные функции: при психотической организации личности интерпретация врачом во время диагностического интервью таких защит приводит к дальнейшему ухудшению функционирования пациента, а при пограничной организации она способствует интеграции Эго и улучшает его функционирование в настоящий момент.

Преобладающая у этих больных диффузная идентичность рассматривается как «ядерное» образование внутри пограничной личностной организации, как отсутствие связного и стабильного чувства собственной индивидуальной определенности [13]. Диффузно-фрагментарная идентичность – отражает отсутствие связного и стабильного чувства собственной индивидуальной определенности. Больным с таким статусом идентичности свойственно дисгармоничное функционирование смысловых, когнитивных и поведенческих структур личности, в частности: фрагментарность и противоречивость представлений о себе, о качествах Я, выраженность иррациональных установок, ослабление способности тестировать реальность, низкая оценка себя с точки зрения соответствия социальным нормативам, недостаточный уровень самопринятия, эмпатии и контроля за внешними проявлениями эмоций, межличностная конфликтность, низкая мотивация социального одобрения. Больные используют незрелые формы психологической защиты: изоляция, отрицание, обесценивание, ипохондрия, пассивно-агрессивное поведение, однако способность ощущать реальность сохраняется.

Концепция Я характеризуется диссоциативностью, ригидностью, теряется способность избирательно реагировать на изменения окружающей среды, то есть способность к творческой адаптации. В силу этого некоторые особенности качества Я не осознаются, а, следовательно, не интегрируются в целостное представление о Я. Поведение становится однообразным и стереотипным. Принятие Я находится в прямой зависимости от мнений других лю-

дей, значимых для пациента. Самооценка при этом отличается ситуативностью и нестойкостью.

При таком статусе идентичности характерны отсутствие обязательств, целей, ценностей и убеждений, холодные, дистанцированные отношения с окружающими, не предпринимаются активные попытки к их восстановлению. При отсутствии ясного чувства идентичности, больные переживают ряд негативных состояний, включая пессимизм, апатию, отчуждение, элементы беспомощности и безнадежности, отсутствие понимания своих чувств и желаний.

Объектные отношения при этом типе личностной организации характеризовались утратой постоянства Я-образа во времени, реального восприятия другого человека. Продолжительные отношения с врачом сопровождались нарастающим искажением восприятий. С трудом формировались эмпатия, взаимоотношения с другими были хаотичными и бледными или вообще блокировались.

К структурным особенностям психической организации личности по данным структурного интервью относятся кризис идентичности, утрата, способности к тестированию реальности и примитивные формы психологической защиты.

Кризис идентичности определяется как несоответствие сложившейся к данному моменту структуры идентичности изменившемуся контексту ее существования. Однако, в отличие от возрастных конструктивных, потенциально нормативных кризисов, кризис идентичности при психотическом уровне дезорганизации личности сопровождался искаженным, дефицитарным переживанием себя и субъективно не переживался как состояние поиска новых возможностей и решения возникающих проблем, не приводил к достижению новой идентичности, более адекватной текущему опыту. Это состояние характеризовалось потерей внешних и внутренних ориентиров (ценностных, смысловых, мотивационных), что порождало ощущения растерянности, «размытости» личностных границ, потери контроля над собой, неуверенности в себе, уход от реального мира, общей дезинтеграции личности невозможность индивида соотносить внутренний мир с внешним в ситуации жизни с болезнью.

Качественное своеобразие Я-концепции проявлялось в заниженной и неадекватной самооценке, слабой структурированности образа Я, нарушении границы собственного Я, низком уровне активности, слабой мотивации к социальным контактам.

Это позволило выделить несколько уровней кризиса: когнитивный, эмоциональный, ценностно-смысловой и социальный. Когнитивный уровень связан с невозможностью целостного восприятия Я, активизацией неадаптивных установок в отношении собственных возможностей, дисбалансом между личностной и социальной идентичностью. Эмоциональный уровень связан с такими эмоциональными состояниями как чувство неполноценности, трудности в адекватной оценке реальности, хроническим чувством покинутости, пустоты и скуки. Ценностно-смысловой уровень проявлялся в распаде целостности ценностно-смысловых структур личности, на которые личность обычно опирается при выборе личностно значимых целей и стратегий их достижения, асоциальный уровень – в нарушении межличностного взаимодействия, отсутствии доверия к значимым другим, чувстве одиночества, стереотипизации, отсутствии эмоциональной глубины социальных контактов, применении неадаптивных стратегий поведения.

Нарушаются ценностные переживания: больной перестает ощущать многообразие и разносторонность жизни, ее осмысленность. Переживание красоты порождает негативные эмоции, страх поделиться со значимым другим из-за боязни быть непонятым. Больной перестает доверять своим чувствам о мире, о нем самом, о том, что он воспринимает, проживает и делает. Собственное состояние воспринимается как усталость, отсутствие сил и энергии.

Кризис личностной идентичности характеризовался также разрывом связи, нарушением непрерывности переживания «прошлое-настоящее-будущее», которое является одним из его обязательных индикаторов. Это происходило из-за распада целостности ценностно-смысловой структуры личности, искажения чувства времени и сопровождалось чувством отстраненности, пустоты, ощущением, что события проходят мимо. В сознании больного реальная ситуация воспринималась как отсутствие будущего,

его ненужность и неопределенность, что выражалось в словах «впереди ничего нет», «будущего не видно», «впереди нет смысла, нет почвы под ногами». Переживанию утраты будущего сопутствовало ощущение внутренней пустоты и бессмысленности.

Таким образом, трансформация идентичности личности или кризисное изменение идентичности при психотической дезорганизации личности характеризовалось потерей чувства самого себя, неспособностью приспособиться к собственной роли в сложившейся в результате болезни ситуации, ощущением потери контроля над собственной жизнью, дезинтеграцией самости. Возможность преодоления кризиса идентичности зависела от социальных обстоятельств и саморегуляционных навыков личности. При наиболее пессимистическом варианте его развития происходило полное разрушение существующего представления о себе и утрата способности действовать.

Способность к тестированию реальности характеризовалась полным ее отсутствием или интерпретацией с очень индивидуализированным смыслом, невозможностью отделить внутренний мир от внешнего, невозможностью адекватной самооценки, понимания деталей собственного существования, неспособностью на время отстраниться от своих проблем. Интерпретация высказываний со стороны окружающих, как правило, вызывала экзистенциальное напряжение.

Этой категорией больных используются примитивные, наименее зрелые психологические защиты: уход в фантазии, отрицание, расщепление и диссоциация, примитивная идеализация и регрессия. Эти механизмы оберегают Эго от конфликтов посредством диссоциации, то есть активного разделения всех противоречащих друг другу переживаний, касающихся себя или других, предохраняет от полного разрушения границ между Я и объектом. Интерпретация примитивных механизмов защиты врачом приводит к ухудшению функционирования пациента.

Таким образом, функционирование на высоком уровне интеграции является для больных с заболеваниями психотического регистра недоступным, что свидетельствует об искаженной, дефицитарной структуре их системы идентичности. Качественные

**Структурные различия невротической, пограничной и психотической
личностной организаций**

Структурные параметры	Тип личностной организации		
	Невротический тип	Пограничный тип	Психотический тип
Интеграция идентичности	Целостно-дифференцированный уровень интеграции: образ себя и Других – цельный непрерывный, границы между Я и Другими четкие; хорошая интеграция я и объект-репрезентаций	Диссоциативно-фрагментарный уровень интеграции: границы между Я и Другими размытые, противоречивые, недостаточная интеграция Я и объект-репрезентаций	Идентичность не интегрирована, нет четкого представления о себе и границах между собой и другими людьми
Способность к тестированию реальности	Наличие способности и тестированию реальности	Тестирование реальности обычно не нарушено	Отсутствует способность к тестированию реальности
Преобладающие механизмы защиты	Наиболее зрелые защиты	Использование как зрелых, так и примитивных защит	Примитивные, наименее зрелые защиты
Объективные отношения (отношения с другими)	Эмпатия, интерес к переживаниям другого человека	Амбивалентность чувств	Сложность (дезинтеграция) самостоятельной социализации

особенности объектных отношений, проявляющихся в процессе структурного диагностического интервью, характеризовались полной их дезорганизацией.

В таблице 4 приведены данные о качественных различиях между невротической, пограничной и психотической личностной организацией.

Таким образом, структурное интервью, опирающиеся на критерии структурной организации личности, предложенное О. Кернбергом, позволило у больных с психическими расстройствами различного регистра выделить три качественно своеобразных типа личностной дезорганизации, отличающихся друг от друга уровнем интеграции идентичности, зрелостью защитных психологических механизмов и способностью к тестированию реальности.

При невротическом типе дезорганизации личности наблюдался наиболее высокий уровень психической интеграции: у 74 ± 4,5% больных он достигал целостно-дифференцированного уровня и только у 26 ± 6,1% больных он соответствовал более низкому,

диффузно-фрагментарному уровню. Больными использовались зрелые механизмы психической защиты и адекватные способы тестирования реальности. Эти защиты оберегают Эго интрапсихического конфликта путем отгорожения влечения, всех связанных с ним действий и представлений от сознательного Эго.

Менее однозначными следует признать качественные характеристики пограничного типа личностной организации, при котором значительно повысилось число больных (62,5 ± 5,0%) с диффузно-фрагментарным уровнем интеграции идентичности достигал в 17,5% ± 6,2% случаев кризисного уровня. При сохранности у большинства больных способности к тестированию реальности у них преобладал набор декомпенсированных механизмов психической защиты и в первую очередь вытеснение и расщепление.

Эти и другие подобные защиты оберегают Эго от конфликтов посредством диссоциации, то есть активного разделения всех противоречащих друг другу переживаний, касающихся себя или других.

У больных с психотической личностной организацией в 100% происходит полный распад Я-концепции с наиболее выраженным уровнем дезинтеграции идентичности, утратой ее ценностно-смысловых свойств и способности к тестированию реальности. Как и при пограничном типе личностной организации у этих больных наблюдались примитивные, незрелые формы психологической защиты – из этого следует, что при пограничной и психотической личностной дезорганизации работают одни

и те же защитные механизмы, хотя они и выполняют различные функции. Это свидетельствует о феноменологической близости пограничной дезорганизации личности и ее психотического варианта, что подтверждается преобладанием у таких больных расстройств психотического регистра. При этом следует учитывать, что пограничная или психотическая личностная структура обусловлена не столько наличием примитивных, сколько отсутствием зрелых защит.

Бабуря Е.В.

СТРУКТУРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТНОЙ ДЕЗОРГАНИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ РЕГИСТРАМИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», Донецк, ДНР

В статье приведен анализ структурных особенностей дезорганизации личности у больных с различными регистрами психических расстройств на основе данных структурного диагностического интервью О. Кернберга, которое включает три фазы: начальная (определение уровня тестирования реальности, поведение и мысли с точки зрения социальных норм обычного человека), средняя (исследование идентичности), заключительная (оценивается мотивация пациента по отношению к диагностическому процессу и лечению).

Всего обследовано 150 больных с психическими расстройствами различного регистра, в том числе с заболеваниями невротического регистра – 60 человек и с заболеваниями психотического регистра – 90 человек.

Структурное интервью, опирающиеся на критерии структурной организации личности, предложенное О. Кернбергом, позволило у больных с психическими расстройствами различного регистра выделить три качественно своеобразных типа личностной дезорганизации, отличающихся друг от друга уровнем интеграции идентичности, зрелостью защитных психологических механизмов и способностью к тестированию реальности.

Ключевые слова: личность, дезорганизация, психические расстройства

Babura E.V.

STRUCTURAL FEATURES OF PERSONAL DISORGANIZATION OF PATIENTS WITH VARIOUS REGISTERS OF MENTAL DISORDERS

State educational institution of higher professional education
«M. Gorky Donetsk national medical university», Donetsk, DPR

The article analyzes the structural features of personality disorganization in patients with various registers of mental disorders based on the data of O. Kernberg's structural diagnostic interview, which includes three phases: initial (determining the level of reality testing, behavior and thoughts from the point of view of social norms of an ordinary person), middle (identity research), final (the patient's motivation in relation to the diagnostic process and treatment is evaluated).

In total, 150 patients with mental disorders of various registers were examined, including 60 people with diseases of the neurotic register and 90 people with diseases of the psychotic register.

The structural interview, based on the criteria of the structural organization of personality, proposed by O. Kernberg, allowed patients with mental disorders of various registers to identify three qualitatively peculiar types of personal disorganization, differing from each other in the level of identity integration, the maturity of protective psychological mechanisms and the ability to test reality.

Keywords: personality, disorganization, mental disorders

Литература

1. Жмуров В.А. Большая энциклопедия по психиатрии. М.: Джангар; 2012. 864.
2. Мезич Х. Личностно-ориентированная психиатрия: единство медицинских наук и гуманизма. Независимый психиатрический журнал. 2007. 3. 17-20.
3. Братусь Б.С. Аномалии личности. М.: Мысль. 1988. 301.
4. Леонтьев Д.А. Психология смысла: природа, строение и динамика смысловой реальности. М.: Смысл; 1999. 487.
5. Ключко В.Е., Галажинский Э.В. Самоорганизация личности: системный взгляд. Томск.: Изд-во Томского ун-та; 1999. 154.
6. Агафонов А.Б. Человек как смысловая модель мира. Прологомены к психологической теории смысла. Самара: Издательский дом «Бахрах-М»; 2000. 336.
7. Серый А.В. Трансформация системы личностных конструктов как механизм динамики актуальных смысловых состояний в ходе психологического тренинга. Ползуновский вестник. 2004. 5-6.
8. Ясперс К. Общая психопатология. М.: Практика; 1997. 1056.
9. Шадриков В.Д. Введение в психологию (эмоции и чувства). М., 2002.
10. Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика. Понимание структуры личности в диагностическом процессе. М.: Независимая фирма «Класс». 2015.
11. Кернберг О. Тяжелые личностные расстройства. Стратегии психотерапии. М.: Независимая фирма «Класс». 2000.
12. Эриксон Г.Э. Идентичность: юность и кризис. М.: Издательская группа «Прогресс»; 1996. 344.
13. Соколова Е.Т. О метакоммуникации в процессе проективного исследования пациентов с пограничными расстройствами. Московский психотерапевтический журнал. 1997. 3. 16-18.

References

1. Zhmurov V.A. Bol'shaya entsiklopediya po psikhiiatrii [Great encyclopedia of psychiatry]. Moscow: Dzhangar; 2012. 864 (in Russian).
2. Mezich Kh. Lichnostno-orientirovannaya psikhiiatriya: edinstvo meditsinskikh nauk i gumanizma [Personality-oriented psychiatry: the unity of medical sciences and humanism]. Nezavisimyi psikhiiatricheskii zhurnal. 2007. 3. 17-20 (in Russian).
3. Bratus' B.S. Anomalii lichnosti [Personality anomalies]. Moscow: Mysl'. 1988. 301 (in Russian).
4. Leont'ev D.A. Psikhologiya smysla: priroda, stroenie i dinamika smyslovoi real'nosti [Psychology of meaning: nature, structure and dynamics of meaningful reality]. Moscow: Smysl; 1999. 487 (in Russian).
5. Klochko V.E., Galazhinskii E.V. Samoorganizatsiya lichnosti: sistemnyi vzglyad [Self-organization of the individual: a systemic view]. Tomsk.: Izd-vo Tomskogo un-ta; 1999. 154 (in Russian).
6. Agafonov A.B. Chelovek kak smyslovaya model' mira. Prolegomeny k psikhologicheskoi teorii smysla [Man as a semantic model of the world. Prolegomena to the psychological theory of meaning]. Samara: Izdatel'skii dom «Bakhrakh-M»; 2000. 336 (in Russian).
7. Seryi A.V. Transformatsiya sistemy lichnostnykh konstruktov kak mekhanizm dinamiki aktual'nykh smyslovykh sostoyanii v khode psikhologicheskogo treninga [Transformation of the system of personal constructs as a mechanism for the dynamics of actual semantic states in the course of psychological training]. Polzunovskii vestnik. 2004. 5-6 (in Russian).
8. Yaspers K. Obshchaya psikhopatologiya [General psychopathology]. Moscow: Praktika; 1997. 1056 (in Russian).
9. Shadrikov V.D. Vvedenie v psikhologiyu (emotsii i chuvstva) [Introduction to Psychology (Emotions and Feelings)]. Moscow, 2002 (in Russian).
10. Mak-Vil'yams N. Psikhoanaliticheskaya diagnostika. Ponimanie struktury lichnosti v diagnosticheskom protsesse [Psychoanalytic diagnostics. Understanding the structure of personality in the diagnostic process]. Moscow: Nezavisimaya firma «Klass». 2015 (in Russian).
11. Kernberg O. Tyazhelye lichnostnye rasstroistva. Strategii psikhoterapii [Severe personality disorders. Psychotherapy strategies]. Moscow: Nezavisimaya firma «Klass». 2000 (in Russian).

12. Erikson G.E. Identichnost': yunost' i krizis [Identity: adolescence and crisis]. Moscow: Izdatel'skaya gruppа «Progress»; 1996. 344 (in Russian).
13. Sokolova E.T. O metakommunikatsii v protsesse proektivnogo issledovaniya patsientov s pogranichnymi rasstroistvami [About metacommunication in the process of projective research of patients with borderline disorders]. Moskovskii psikhoterapevticheskii zhurnal. 1997. 3. 16-18 (in Russian).

Поступила в редакцию 15.03.2021