

ДИАГНОСТИКА ЛИЧНОСТИ В ПСИХОТЕРАПИИ

© 2003 Д.В.Романов

Самарский государственный медицинский университет
Кафедра психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии

В последние годы отмечается существенный прогресс в развитии отечественной психотерапии при сохраняющейся недостаточности методологического обеспечения этой области научного знания. До сих пор в психотерапии отсутствует общепринятая система диагностики. Диагностические критерии МКБ-10 в определенной мере обеспечивают запросы биологической терапии и директивных направлений психотерапии. Автор предлагает алгоритмы психотерапевтической диагностики личности, основывающиеся на выделении типичных защитных механизмов, иллюстрируя их использование на примере диагностики шизоидного личностного расстройства. Дальнейшее развитие психотерапевтической диагностики отвечает насущной потребности теории и практики психотерапии.

Специфика современного этапа развития отечественной психотерапии обусловлена, с одной стороны, тенденцией отделения психотерапии от смежных наук, изучающих методы восстановления и сохранения психического здоровья. Данный феномен выступает как часть общего процесса дифференциации научного знания. Вторая тенденция проявляется в стирании резких границ между различными направлениями и школами внутри самой психотерапии и попытках создания интегративных подходов [10]. Сложившаяся ситуация подтверждает объективную необходимость и насущность разработки методологии психотерапии, которая позволила бы использовать общие принципы диагностики, организации психотерапевтического процесса, прогноза и оценки результатов лечения.

Проблема унификации подходов и оценок, в частности, при создании научных руководств по психотерапии, широко представлена в современной западной психотерапевтической литературе [5]. Большое значение в практическом и теоретическом плане имеет создание диагностической системы, которая могла бы применяться в различных направлениях личностно-реконструктивной психотерапии.

Медицинская модель психотерапии, которая является наиболее структурированной и обеспеченной в научно-методическом плане, оставляет, тем не менее, ряд вопросов неразрешенными. При-

менение психиатрической систематики в диагностических целях в рамках директивной (например, бихевиоральной) психотерапии представляется вполне обоснованным и достаточным. Знание нозологической формы (вида психического расстройства), фазы заболевания, синдрома и, особенно, выступающей в качестве мишени психопатологической симптоматики обеспечивает в предписывающих видах психотерапии реализацию основных лечебных задач. Директивный патерналистский стиль суггестивного вмешательства также не требует фокусировки на индивидуальных особенностях пациента в процессе насыщения «объекта воздействия» исцеляющими интродуктами.

Появление в отечественной психотерапии различных вариантов индирективной психотерапии, направленной на реконструкцию личности, а в последнее время – и психодинамически ориентированных интерактивных форм взаимодействия, потребовало дальнейшей разработки представлений о многоосевом психотерапевтическом диагнозе, позволяющем дать более дифференцированное описание индивида. Гипотетически такой диагноз мог бы включать целый комплекс характеристик личности пациента – особенностей его нейродинамики, темперамента, характера, когнитивного стиля, способностей, ценностной системы, самооценки, самосознания. Практически данная задача может быть решена путем выделения специфических

паттернов, объединяющих главные личностные параметры и соответствующих используемой профессиональным сообществом типологии (например, отраженной в разделе F6 МКБ-10 «Расстройства зрелой личности и поведения у взрослых» и соответствующем разделе DSM-IV).

Продолжающаяся дискуссия о значении диагностического компонента в психотерапевтическом процессе [3], рассматриваемом как взаимодействие, предусматривает определенное противопоставление логически-планируемого и интуитивно-эмоционального в реакциях психотерапевта. Оптимально диалектическое сочетание данных компонентов, что иллюстрирует известная метафора Bion (1975) о бинокулярном зрении. Психотерапевт должен прислушиваться к результирующему диалогу между двумя точками «бинокулярного зрения» – «знания» (интеллектуальное понимание пациента) и «не-знания» (непредвзятого, свободного от схем восприятия пациента здесь-и-сейчас, основанного на эмпатическом слушании).

Данный материал представляет собой попытку разработки алгоритма узнавания и построения взаимодействия с конкретным пациентом, и, следовательно, отражает преимущественно первую, преимущественно когнитивную, составляющую психотерапевтического процесса. Выбранный акцент исследования, безусловно, никак не умаляет вторую, интуитивно-эмоциональную составляющую.

Нами был обобщен опыт клинических и психодиагностических исследований, проведенных в процессе психотерапии пациентов, страдающих невротическими расстройствами и нарушениями личности. Дополнительным материалом выступили данные психодиагностических исследований пациентов с личностными расстройствами, проходивших обследование в рамках судебно-психиатрических экспертиз (500 человек). Итогом исследования явилась разработка алгоритмов диагностики восьми наиболее часто встречающихся в психотерапевтической практике личностных типов, основой которых выступили устойчивые паттерны когни-

тивных, эмоциональных, мотивационных характеристик.

В качестве иллюстрации модели построения личностного компонента многоосевого психотерапевтического диагноза нами предлагается рассмотрение процесса идентификации личности шизоидного типа. Необходимость тщательной оценки клинического статуса лиц, обнаруживающих черты шизоидного регистра, традиционно обуславливалась важностью разграничения собственно шизоидного расстройства (шизоидной психопатии, в привычной отечественной терминологии) от шизоидной акцентуации характера, с одной стороны, и шизотипического расстройства, с другой.

Традиционно термин «шизоидный» связывался с таким личностным свойством, как замкнутость. Практически все классификации расстройств личности, созданные в прошлом веке, включили и описание шизоидной личности [8]. Современные диагностические подходы [7] рекомендуют использовать для диагностики шизоидного расстройства личности два класса признаков. Общие диагностические критерии расстройств личности практически полностью соответствуют критериям психопатии, выделенным П.Б.Ганнушкиным (1933), и включают выраженную дисгармонию в поведении (в сфере проявления аффектов, когнитивном и коммуникативном стиле), хронический и всеобъемлющий характер социальной дезадаптации, появление расстройств поведения в детском или подростковом возрасте и сохранение их в дальнейшем, наличие признаков дистресса. Специфические критерии включают, в частности, эмоциональную холодность, склонность к уединению и интроспекции, неспособность проявлять теплые чувства и гнев, слабую заинтересованность в сексуальных отношениях, отсутствие дружеских отношений, нечуткость к социальным нормам. Таким образом, признаки, используемые для диагностики шизоидной личности, с нашей точки зрения, представляют собой перечень поведенческих и субъективных характеристик, имеющих различную диагностическую ценность.

Предлагаемый диагностический подход основан на выделении личностно-специфического системообразующего фактора (факторов), в качестве которых может выступать характерный защитный механизм. Для личности шизоидного типа таким специфичным фактором выступает *изоляция*, заключающаяся в мотивационной тенденции ослаблять напряжение, связанное с социальными взаимодействиями, путем фокусировки на интрапсихическом [6]. Анализ проявлений данного механизма в основных формах активности личности позволяет построить следующую диагностическую схему.

Профессиональная деятельность. Шизоидный субъект выбирает сферы деятельности, предполагающие слабое вовлечение в социальные взаимодействия. Характерен выбор одиночных видов деятельности; взаимодействие с виртуальной или управляемой реальностью /например, программист или работник научной лаборатории/. Возможно продуктивное использование рефлексии /например, у творческих работников/.

Семейно-сексуальная сфера. Длительное время сохраняется привязанность к родительской семье. Отмечается высокая толерантность к одиночеству и сексуальной депривации. Комплементарный партнер способен поддерживать стабильные дистанцированные отношения /например, шизоидная или нарциссическая личность/.

Коммуникации. Отношения в течение всей жизни поддерживаются с «проведенными» друзьями, например, приобретенными еще до школы. Возможно отсутствие близких друзей.

Дополнительными диагностическими признаками выступают характеристики эмоциональной сферы. Характерна диссоциация между силой субъективного компонента эмоциональных реакций и их экспрессивной составляющей. Описанное в литературе снижение порога возникновения эмоционального ответа [6], возможно, и поддерживает механизм изоляции. Отмечаются затруднения, возникающие у шизоидных личностей при опознавании эмоций других.

В диагностически сложных случаях существенную помощь может оказать экспериментально-психологическое исследование когнитивных процессов. Согласно нашим данным, признаком, когнитивным стилем, характерным для всей группы исследуемых лиц шизоидного регистра, выступает низкая селективность психических процессов, проявляющаяся в мышлении опорой на «слабые», несущественные признаки в процессе группировки, склонностью к использованию нестандартных способов решения задач или генерированию множественных решений; появлением странных, оригинальных ассоциаций и идей. Можно выделить параметры, позволяющие идентифицировать когнитивные нарушения, характерные для шизотипического расстройства. Это ослабление категориальной четкости перцепции и мышления, нарушения целенаправленности (например, в виде резонерства), наличия явлений патологического полисемантизма и «размывания» понятий, снижение критичности мышления. Было выявлено, что пациенты с шизоидным расстройством и шизоидной акцентуацией характера отличаются относительной сохранностью операционного и личностного компонентов мышления, а также обнаруживают способность следовать нормативным способам выполнения заданий в условиях взаимодействия с психологом.

Применение данной диагностической системы при проведении индивидуальной личностно-реконструктивной психотерапии пациентов, страдающих неврозами и личностными расстройствами, показало ее эффективность в организации начальных фаз психотерапевтического процесса. В частности, выявление шизоидной структуры личности позволяло выработать определенную тактику ведения такого пациента. Следует помогать пациенту в установлении безопасной дистанции, обеспечивать большую свободу в выборе обсуждаемой тематики, ориентироваться на креативность, использовать приемы «нормализации», избегать концентрации внимания на обсуждении влияния социальных нормативов.

Разрабатываемый подход, обеспечивая более эффективную и точную диагностику личности, позволяет выявить ожидаемые проблемные зоны, намечать этапные психотерапевтические задачи, предсказывать характерные трудности в работе с конкретным пациентом в процессе проведения личностно-реконструктивной терапии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абабков В.А. Проблема научности в психотерапии. – СПб., 1998. – 76с.
2. Карвасарский Б.Д. Психотерапия. – М., 1985. – 304 с.
3. Кейсмент П. Обучаясь у пациента. – Воронеж, 1995. – 256 с.
4. Когнитивная психотерапия расстройств личности / Под ред. А.Бека, А.Фримена. – СПб, 2002. – 544 с.
5. Люборски Л. Принципы психоаналитической психотерапии: Руководство по поддерживающему экспрессивному лечению. М., 2003. – 256 с.
6. Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика: Понимание структуры личности в клиническом процессе. – М., 1998. – с. 25.
7. Международная классификация болезней (10 пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. – СПб., 1994. – 300 с.
8. Руководство по психиатрии: в 2-х т. / Под ред. Г.В.Морозова. – М., 1988.- 1286 с.
9. Luborsky L., Singer B., Luborsky L. Comparative studies of psychotherapy / Arch. Gen. Psychiatry, 1975. – 32:995-1008.
10. Kopta S.M. Individual psychotherapy outcome and process research: challenges leading to greater turmoil or a positive transition? / Annual review of psychology, 1999. – 59: 502-533.

PSYCHOTHERAPY: DIAGNOSTIC CRITERIA OF THE PERSONALITY TYPES

© Dmitry Romanov, M.D.

Department of psychiatry, narcology and psychotherapy of Samara State Medical University

The last years has seen progress in psychotherapy development in Russia, despite the methodological deficit in this field. However, in psychotherapy still there is no generally accepted diagnostic system. ICD-10 diagnostic criteria can be used only according to the aims of biological treatment or directive psychotherapy. The author presents the systematic scheme of diagnostic in psychotherapy, based on typical defense mechanisms illustrated by schizoid personality disorder. Further elaborating of the psychotherapy diagnostic corresponds to actual needs of professional psychotherapy practice.