

ПРОФИЛАКТИКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПОГРАНИЧНЫХ СОСТОЯНИЙ ЛИЧНОСТИ МЕТОДОМ КОГНИТИВНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

В настоящее время в Украине, происходят сложные изменения в обществе, затронувшие практически все слои населения, что привело к увеличению внутриличностных конфликтов отдельного человека. Эти конфликты возникают у миллионов людей. Наряду с этим участились обращения населения за психиатрической и медицинской помощью. Анализ обращаемости в медицинские учреждения, свидетельствует о том, что наблюдается быстрый рост числа людей с различного рода заболеваниями, относящихся к пограничным состояниям личности.

Таким образом, актуальной стала проблема изучения пограничных состояний личности, их профилактика и психологическая коррекция. В этой связи нами и поставлена задача проанализировать основные теоретические подходы к изучению профилактики и лечению пограничных состояний личности.

Анализ истории изучения пограничных состояний личности показывает, что существуют разнообразные тенденции в их понимании. Пограничные состояния известны давно. Fernel в 1540 г. утверждал, что нервность зависит от неких "паров" — vapores, поднимающихся от видоизмененного в своем составе семени или менструальной крови и своим присутствием влияющих на общее самочувствие. Несколько позже Sydenham дал описание истерии, которую назвал протеом за ее способность "принимать различные формы". Истерию и ипохондрию он сводил к изменениям в крови, приводящим к "атаксии" жизненных духов. Теория "паров" и "атаксии" в той или иной модификации господствовала при объяснении невротических расстройств до конца XVIII в. В 1765 г. Whytt предпринял первую попытку выделить из числа болезней, приписывавшихся "парам", "простую нервность", "ипохондрическое" и "истерическое" расстройства в качестве специальных заболеваний нервной системы. В 1776 г. W. Cullen в "Медицинском руководстве" впервые для обозначения этой группы болезней употребил термин "невроз" [1]. Еще в середине XIX века, как об этом свидетельствует литература, "неврозы" являлись широким названием для большинства нервных болезней.

Особое место в историческом развитии понимания пограничных состояний принадлежит анализу оценки неврастенических расстройств, которые служат наиболее универсальными проявлениями любых состояний психической дезадаптации и входят в психопатологическую структуру различных неврозов, психопатии и сходных с ними состояний. Принято считать, что понятие о неврастении как нозологической единице впервые предложил Н. Bird в 1880 г. для выделения из безграничного числа неврозов симптомов, называвшихся в тот период невротизмом, спинальной ирритацией, невропатией, нервным диатезом и др. [по 1]. При этом он отметил, что в происхождении всех расстройств есть нечто общее — умственное перенапряжение. Именно оно вызывает синдром "раздражительной слабости" или нервного истощения, являющийся в описании многих авторов неврастеническим "стержневым синдромом", или "ядром".

Работы J. Charcot, P. Janet, F. Raymond, E. Kraepelin, положили начало психогенному рассмотрению основ неврастения, развивающейся вследствие эмоционального перенапряжения в результате деятельности "патологического утомления", а также соответствующих переживаний. Этой точке зрения противостоят взгляды E. Bleuler, W. Griesenger, R. Krafft-Ebing и др., отмечавших невозможность развития нервного заболевания под влиянием чрезмерного эмоционального перенапряжения [4].

Учитывая неопределенность границ неврастения в понимании Н. Bird и его ближайших последователей в США, конец XIX — начало XX столетия характеризуются серьезными клиническими исследованиями ее различных форм и вариантов [1]. Это привело к сужению диагностических рамок неврастения и исключению из нее других невротических расстройств. В этот период достаточно хорошо была описана клиника истерии и ипохондрии. Эти клинические формы наряду с неврастением по существу наполнили всю группу основных болезненных расстройств, рассматривающихся пограничной психиатрией на протяжении XX столетия.

Большую роль в формировании взглядов врачей на психопатию сыграли работы немецкого исследователя J. Koch, описавшего в 1889 и 1891 гг. в качестве "врожденных и приобретенных отклонений психики" "психопатические неполноценности", которые не представляют собой душевную болезнь [1].

В наиболее обобщенном и фундаментальном виде концепция о психопатиях была создана E. Kraepelin на рубеже столетий. Он рассматривал пограничные психические расстройства в группах психогенных заболеваний: невроз истощения, невроз ожидания, индуцированное помешательство, истерии, невроз навязчивых состояний, неврозы при несчастных случаях у пленных, а также в семи группах психопатий, выделяя возбудимых, неустойчивых, импульсивных, "патологических лгунов", "чудаков", антисоциальных "врагов общества", "ищущих конфликтов".

В отечественной психиатрии блестящее описание клинической динамики основных форм психопатий было дано П.Б. Ганнушкиным (1926). Эти описания, ставшие классическими, до настоящего времени во многом повторяются различными исследователями. Однако П.Б. Ганнушкин использовал как клинические, так и социальные принципы выделения отдельных форм психопатий [3]. Для возникновения различных вариантов пограничных состояний большое значение имеет так называемая органическая неполноценность, на которую обращал пристальное внимание П.Б. Ганнушкин, считавший, что в основе психопатий лежит "соматическая база", на это указывал и Н.Н. Введенский. С.Н. Давиденков обращал внимание на младенчество, а также на периоды полового созревания и старения как на этапы жизни, когда проявляются наследственно закрепленные и онтогенетически проявляемые дезадаптационные невротические механизмы. В результате формируется функциональная предрасположенность к возникновению пограничного состояния. Истоки психопатии следует искать в так называемой врожденной нервности, являющейся той почвой, на которой легко возникают патологические реакции. Основными же причинами создания этой "почвы" являются инфекции, травмы, токсические и аутоксические факторы (общие мозговые), радиация и др., действовавшие внутриутробно или в раннем детстве.

Необходимым условием возникновения и декомпенсации всех пограничных состояний является, как установил R.

Sommer (1901), психогенное воздействие, порождающее несоответствие между возможностями человека и предъявляемыми к нему требованиями или между ожидаемым результатом того или иного действия и его фактическим воплощением. В.Н. Мясищев (1935) отмечал, что невротические расстройства проявляются вследствие возникновения "аффективного напряжения личности", А. Kreindler (1973) также стоит на точке зрения, согласно которой невроз вызывается борьбой между двумя аффективными состояниями, возникающей под влиянием конфликтной ситуации [4].

Следствием известной универсальности и незначительной специфичности клинических проявлений пограничных состояний является то, что на основании одномоментной оценки статуса клиента далеко не всегда можно с уверенностью говорить о той или иной их форме. Что касается вида каждого из них, то и в наши дни в полной мере можно согласиться с мнением П.Б. Ганнушкина, согласно которому "границы между отдельными психопатиями столь же расплывчаты и неопределенны, как и общие рамки всей этой... области" [3].

В рис. 1 представлены общие, характерные для пограничных состояний, нарушения [6].

Следует отметить, что пограничные состояния характеризуются отсутствием: 1) психотической симптоматики, определяющей психопатологическую структуру болезненного состояния; 2) прогрессивно нарастающего слабоумия; 3) личностных изменений, типичных для эндогенных психических заболеваний (шизофрения, эпилепсия и т.д.).

Пограничные личностные расстройства могут возникать остро или развиваться постепенно, их течение может носить разный характер и ограничиваться кратковременной реакцией, относительно продолжительным состоянием, хроническим течением [7].

Большинство исследователей [1; 4] пограничных расстройств выделяют несколько основных типов, которые указаны в рис. 2.

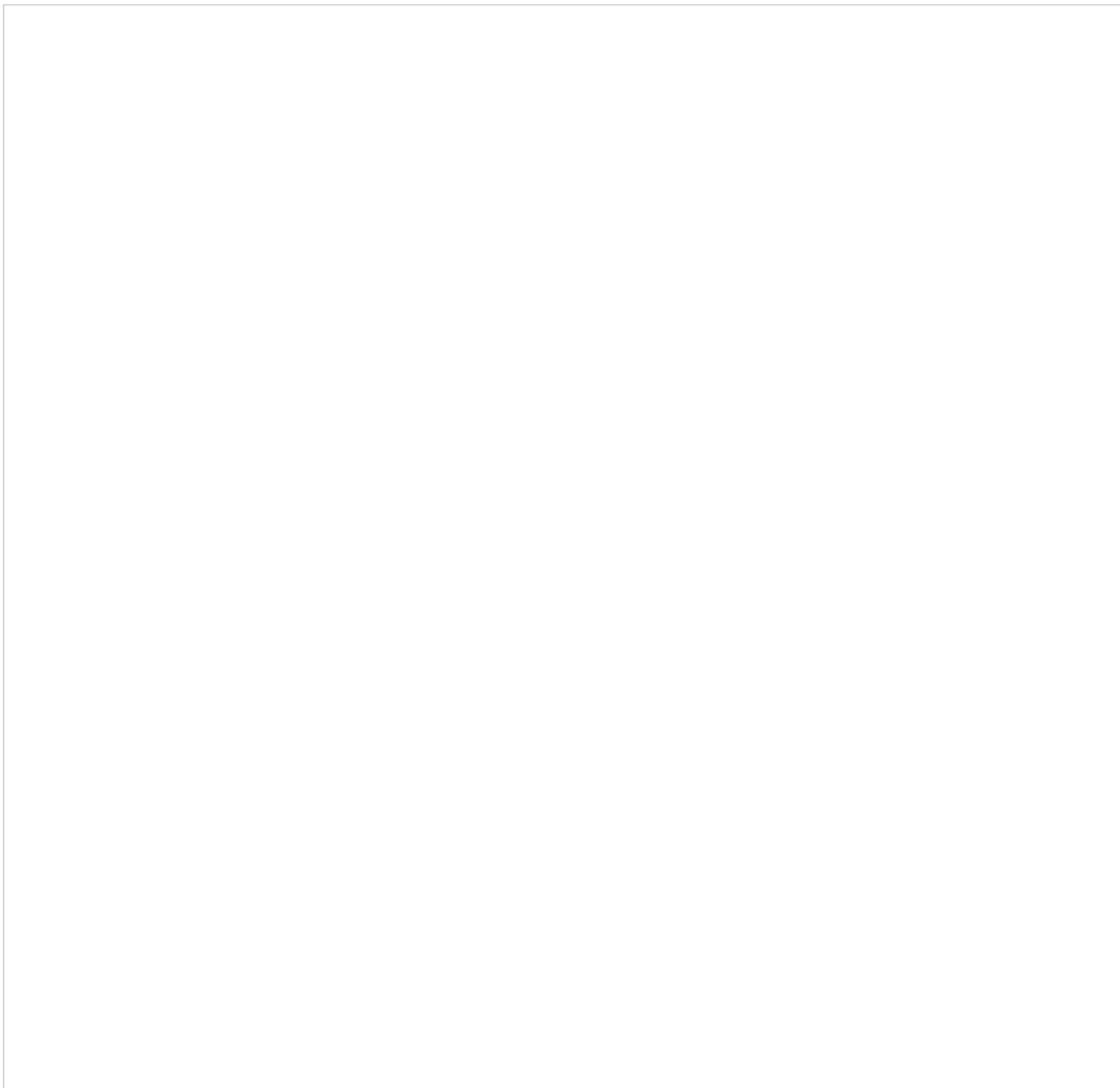


Рис. 1. Общие нарушения характерные для пограничных состояний.

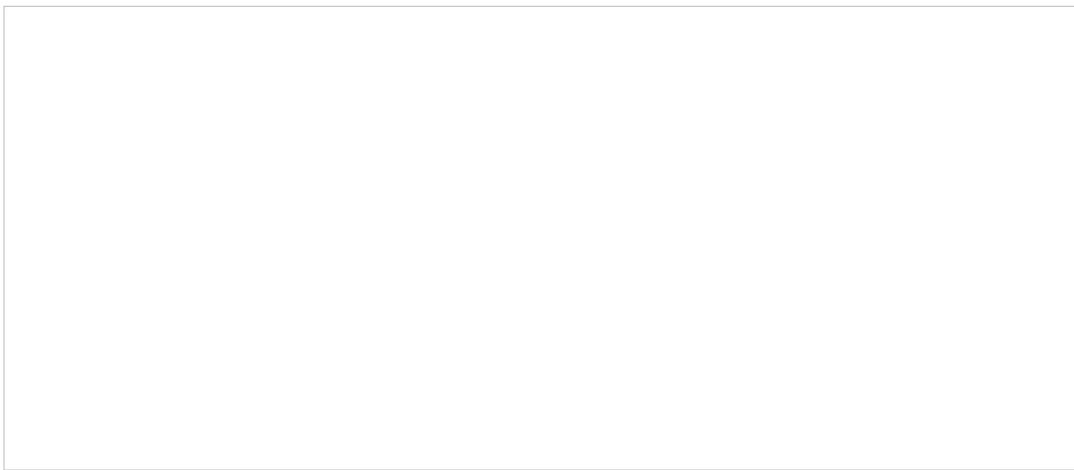


Рис. 2. Основные типы пограничных расстройств.

Общими для всех типов расстройств [6] являются:

- нарушения сна (сонливость днем и бессонница ночью);
- снижение работоспособности;
- изменение памяти;
- изменение потоотделения (как правило, повышение потливости и изменение запаха пота);
- нарушения саливации (либо чрезмерное отделение слюны, либо сухость во рту);
- колебания артериального давления;
- колебания частоты пульса;
- различного рода дискомфортные ощущения со стороны внутренних органов и так далее.

Анализ психологической литературы показывает, что профилактика и лечение пограничных состояний всегда проводились с учетом причин их возникновения.

Особое место для первичной и вторичной профилактики, а также для лечения больных с пограничными состояниями принадлежит психогигиене. Это понятие возникло и достаточно быстро распространилось в начале XX в. в США благодаря С.W. Veers. При поддержке прогрессивных психиатров и психологов в мае 1908 г. в штате Коннектикут было создано первое общество психической гигиены. Через год в Нью-Йорке был основан национальный комитет по психогигиене (его секретарем длительное время был С. Veers), ставший авторитетным координатором деятельности врачей в области профилактики и ранней диагностики психических расстройств среди населения, а также по устранению вызывающих их причин. Важно подчеркнуть, что основоположники психогигиенических исследований в США А. Meyer, S. Paton, S. Salmon и др. считали психогигиену неотъемлемой частью профилактики [по 1].

Согласно исследованиям У. Варнавы, пограничная личность использует примитивные защитные механизмы [2]. В исследованиях, проводимых на базе лаборатории клинической, реабилитационной психологии и психологической экспертизы Института инновационного и последипломного образования Одесского университета имени И.И. Мечникова, было выявлено, что у людей с пограничными состояниями личности, все выявленные защитные механизмы являются незрелыми и негативными, при этом вызывают дистресс. Однако психотические личности чаще используют следующие виды защиты (таб. 1.): уход в фантазии, отрицание, тотальный контроль, примитивную идеализацию и обесценивание, примитивные формы проекции и интроекции, расщепление и диссоциацию[2].

Таблица 1

Процентное соотношение защитных механизмов у психотических личностей

Защитные механизмы	Процентное соотношение
Диссоциация	30%
Погружение в фантазии	30%
Отрицание	10%
Примитивная идеализация	10%
Обесценивание	10%
Расщепление	10%

Схематически, полученные данные выглядят следующим образом (Рис. 3).

В связи с этим пограничную личность иногда непросто отличить от психотиков.

В сфере интеграции идентичности у пограничной личности наблюдаются противоречия, разрывы Я. При описании себя испытывают затруднения, склонны к враждебной защите, к агрессии [7]. Тем не менее самоисследования не сопровождаются чувством экзистенциального ужаса и страха. Скорее они могут сопровождаться враждебностью.

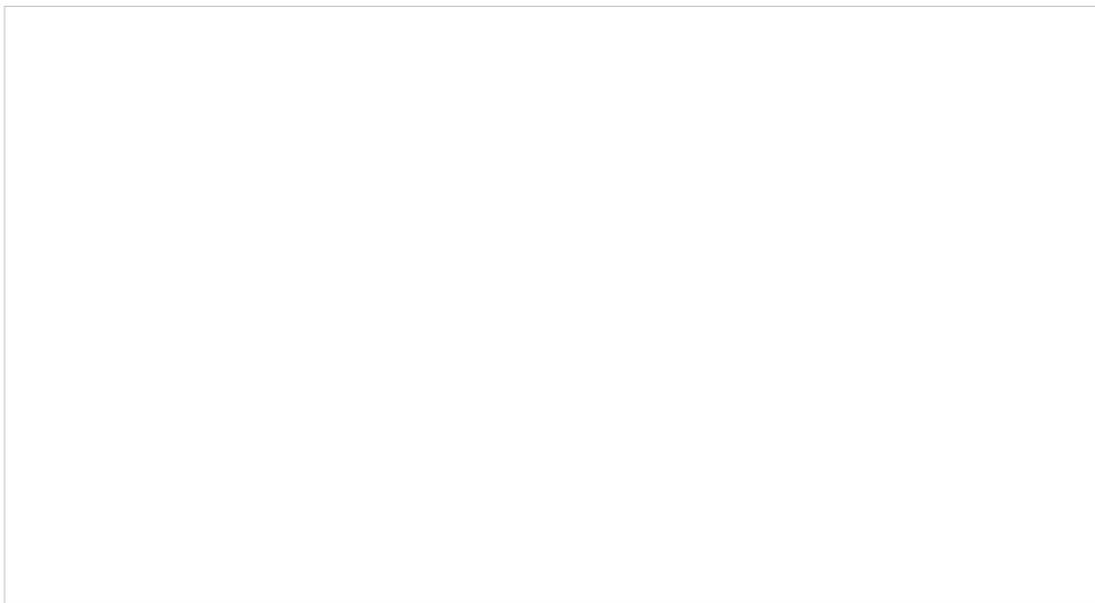


Рис. 3. Схема психологических защит людей психотического типа

Согласно Э. Эриксону основной конфликт пограничной личности связан со второй стадией развития - автономия/стыд (сепарация/индивидуация), а главная ее черта состоит в том, что она может почти одновременно демонстрировать просьбу о помощи и отвергать ее [8].

Исходя из вышесказанного попытаемся выделить основные стратегии вмешательства психолога в ходе психокоррекции:

1. Установление рабочих отношений. Установление психотерапевтических отношений сотрудничества с пограничными клиентами является сложным процессом. Сотрудничество требует некоторой степени доверия и близости; однако доверие и близость первоначально кажутся невыносимо опасными для большинства пограничных людей [5]. Стратегические, сфокусированные на проблеме психотерапевтические подходы типа когнитивной психотерапии и других видов когнитивно-поведенческой психотерапии требуют, чтобы психотерапевт и клиент договорились о целях и последовательно достигали их на каждой сессии.

2. Выбор начальных вмешательств. Широкий диапазон проблем и симптомов, имеющих у пограничных клиентов, создает проблему выбора начальных целей для психотерапевтического вмешательства, особенно ввиду того, что одним из симптомов этого расстройства является путаница с целями и приоритетами. В работе с пограничными клиентами особенно важно придерживаться стратегического подхода, основанного на сотрудничестве и направляемом открытии, а не на теоретических предубеждениях [1].

3. Минимизация несогласия. Пограничные клиенты часто весьма чувствительны к вопросам контроля. Страх изменения часто приводит к несогласию, и это также может приводить к ухудшению самочувствия в ходе психотерапии или к преждевременному ее завершению. Продуктивным открыто признать, что клиенты имеют право отказаться делать что бы то ни было, но затем рассмотреть с клиентами "за" и "против" выбора выполнять домашнее задание по сравнению с выбором не выполнять его.

4. Уменьшение дихотомического мышления. Чтобы эффективно уменьшить дихотомическое мышление, сначала необходимо продемонстрировать клиентам, что у них присутствует дихотомическое мышление, и убедить их, что в их интересах изменить такое мышление.

5. Усиление контроля над эмоциями. Психотерапия представляет собой ситуацию, в которой клиент может экспериментировать с выражением чувств, не боясь разрушительных последствий. Психотерапевт может осуществлять этот процесс, периодически спрашивая, как клиент чувствует себя в определенных ситуациях, которые обычно раздражают клиентов или вызывают другие неприятные эмоции.

6. Усиление контроля над побуждениями. Для психотерапевта важно объяснить клиентам, что он не пытается заставить их управлять своими побуждениями и не стремится подчинить их поведение нормам общества, а пробует помочь клиентам развить способность выбирать, действовать под влиянием побуждения или нет, чтобы впоследствии не сожалеть о своих поступках.

7. Укрепление чувства идентичности у клиента. Возможно способствовать развитию у клиентов более ясного чувства идентичности, помогая им выявлять их положительные характеристики и достижения, обеспечивая положительную обратную связь о хороших решениях и успешном преодолении трудностей и помогая им реалистично оценить свои действия.

8. Работа с допущениями. Убеждения клиентов, заключающиеся в том, что повседневная жизнь полна опасностей и что они беспомощны, могут быть постепенно поставлены под сомнение путем проверки их ожиданий с помощью предыдущего опыта и проведения поведенческих экспериментов, а также через развитие новых способностей и копинг-навыков.

Выводы. 1. Теоретико-методологический анализ отечественных и зарубежных научных исследований показал, что в современной психологии не существует общего понимания пограничных состояний личности. 2. Наибольший вклад в исследования пограничных состояний внесли: W. Cullen, H. Bird, J.E. Kraepelin, J. Koch. 3. Дальнейшее развитие проблема пограничных состояний личности получила у исследователей: А. Kreindler, П.Б. Ганнушкин, Н.Н. Введенский, С.Н. Давиденков, R. Sommer, В.Н. Мясищев. 4. Следует констатировать, что при концептуализации пограничной

личностной организации, существуют значительные теоретические противоречия. Разногласия касаются прежде всего происхождения этих состояний: являются ли они следствием конфликта и защиты (как при психоневрозах), задержки развития, обусловленной неадекватными объективными отношениями, или отклонения в развитии, основанного на адаптации к патологическим первичным объектам.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александровский Ю.А. Пограничная психиатрия и современные социальные проблемы / Ю. А. Александровский. — Ростов-на-Дону: Феникс, 1996. — 111 с.
2. Варнава У.В. Психосоматичний симптом, як результат використання незрілих психологічних захистів / У.В. Варнава / Наукові записки інституту психології ім. Г.Ф. Костюка АПН України. — Вип. 26. — Т.1. — Київ, 2005. — 199 с.
3. Ганнушкин П.Б. Клиника психопатий, их статика, динамика, систематика / П.Б. Ганнушкин / Избранные труды. — М., 1964.
4. Зейгарник Б.В. Патопсихология / Б.В. Зейгарник. — 2-е изд. — М.: Изд-во МГУ, 1986. — 287 с.
5. Карвасарский Б.Д. Психотерапия / Б.Д. Карвасарский. — М.: Медицина, 1985. — 303 с.
6. Коробіцина М.Б. Психологічна діагностика психічних розладів та розладів поведінки у дорослих та відповідні реабілітаційні заходи / М.Б.Коробіцина. — Одеса: Астропринт, 2003. — 42с.
7. Ушаков Г.К. Пограничные нервно-психические расстройства / Г.К. Ушаков. — М.: Медицина, 1987. — 304 с.
8. Эриксон Э. Детство и общество / Э. Эриксон. — СПб.: Речь, 2002. — 235 с.

Подано до редакції 11.09.09

РЕЗЮМЕ

В статье представлен теоретический анализ основных подходов к профилактике возникновения пограничных состояний личности методом когнитивной психотерапии.

Ключевые слова: пограничные состояния, метод когнитивной психотерапии.

О.Ю. Онищенко

ПРОФІЛАКТИКА ВИНИКНЕННЯ ГРАНИЧНИХ СТАНІВ ОСОБИСТОСТІ МЕТОДОМ КОГНІТИВНОЇ ПСИХОТЕРАПІЇ

РЕЗЮМЕ

У статті подано теоретичний аналіз основних підходів до профілактики виникнення пограничних станів особистості методом когнітивної психотерапії.

Ключові слова: пограничні стани, метод когнітивної психотерапії.

O.Yu. Onyshchenko

PROPHYLAXIS OF APPEARANCE OF PERSONAL BOUNDARY STATES BY THE METHOD OF COGNITIVE PSYCHOTHERAPY

SUMMARY

The article presents theoretical analysis of basic approaches to prophylaxis of appearance of personal boundary states by the method of cognitive psychotherapy.

Keywords: boundary state, the method of cognitive psychotherapy.
