



Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии

Кафедра психиатрии, медицинской психологии, психосоматики и психотерапии с лабораторией психического здоровья

Суверенность психологического пространства личности пациентов психиатрического профиля с различным уровнем дезорганизации личности

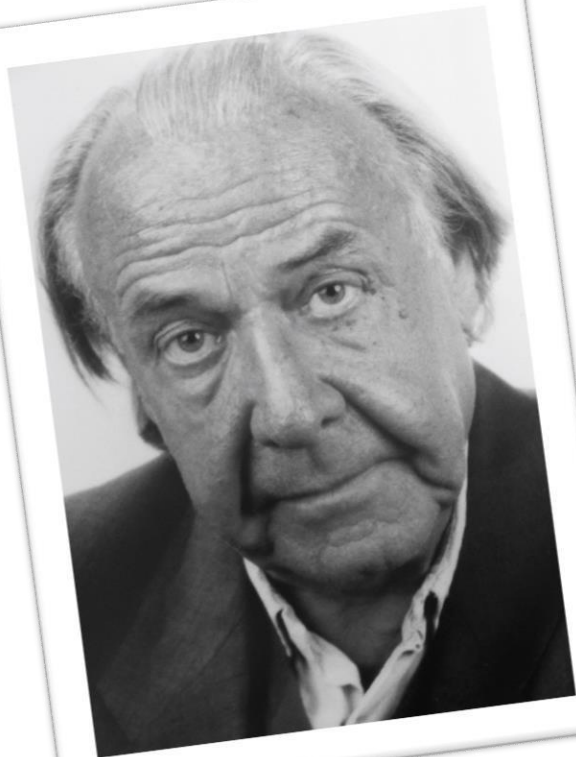
Ассистент кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии
Альмешкина Александра Алексеевна

Донецк 2024

Под термином психологическое пространство личности, по мнению С.К. Нартова-Бочавер, подразумевается субъективность и относительность реальности, ценной для личности, вследствие чего она становится предметом суверенизации. Суверенность, аутентичность, идентичность являются близкими по смыслу понятиями и отражают черту личности, характеризующую переживание подлинности человеческой жизни, выражающуюся в чувствительности к ее неестественности, «сделанности», внедрению извне. Это также способность личности контролировать собственное психологическое пространство, находить равновесие между потребностями других и своими, возможность выстраивать и защищать личностные границы. Суверенность развивается на протяжении взросления человека. Противоположностью суверенности является депривированность, которая может быть барьером при профессиональном и личностном развитии, повышать уязвимость личности, делая ее незащищенной, беспомощной, в связи с невыстроенными границами, которые создаются самостоятельно.

Суверенная личность обладает таким свойством личности как функциональность, что делает ее психически здоровой, в то время как депривированная личность обладает низким уровнем функциональных возможностей, что делает ее психически незащищенной в отношении внешних стимулов, то есть дисфункциональной. Если границы невыстроены, то идентичность размывается, так как теряется понимание, где заканчиваюсь «Я», а где начинается другой, человек не может выбрать способы самовыражения, которые бы не нарушали свою и чужую личную свободу, нарушается цельность личности, формируется склонность к виктимизации.





(1918-1995)

Немецкий психоаналитик и
психиатр,
доктор медицины, профессор

Гюнтер Аммон

*С точки зрения основоположника
динамической психиатрии Г.Аммона,
выстраивание внешних и
внутренних границ является
базисом при формировании
идентичности человека.*

Актуальность данной работы заключается в том, что вопрос целостности «Я», нарушение границ личности имеет значение при рассмотрении психического, в том числе психологического, здоровья. Ведь к показателям психологического здоровья относятся целостность и интегрированность личности, автономность и суверенность-независимость от других, сохранность психологического пространства.

Психологическое пространство личности, его измерения, к которым относят физическое тело, территорию, личные вещи, привычки, социальные связи, ценности, границы и их целостность являются компонентами как структуры, так и самосознания личности, а также характеристиками важных аспектов ее функционирования в обществе.





Цель работы:

Оценить суверенность психологического пространства личности пациентов с психическими расстройствами с различным уровнем личностной дезорганизации.



Материалы и методы исследования:

Исследование суверенности психологического пространства личности проводилось путем обследования 87 пациентов обоих полов в возрасте от 18 до 68 лет (медиана возраста исследуемых составляла полных 35 лет (Q1-Q3: 28-49,5)), с различным уровнем личностной дезорганизации, проходивших стационарное лечение в Республиканской клинической психиатрической больнице (РКПБ) и Республиканской клинической психоневрологической больнице - медико-психологическом центре (РКПБ-МПЦ) г. Донецка в 2018-2023 годах.

В качестве критериев для выделения данного уровня дезорганизации личности использовались элементы структурного интервью О.Ф. Кернберга.

Распределение обследуемых по полу: мужчин - 46 чел. (52,3 %), женщин - 42 чел. (47,7 %).

Группы были сформированы в зависимости от уровня личностной дезорганизации: I группу составили больные с невротическим уровнем личностной дезорганизации - 49,4% (43 человека), II группа включала пациентов с пограничным уровнем личностной дезорганизации - 40,2% (35 человек), в III группу вошли респонденты с психотическим уровнем личностной дезорганизации - 10,4% (9 человек).

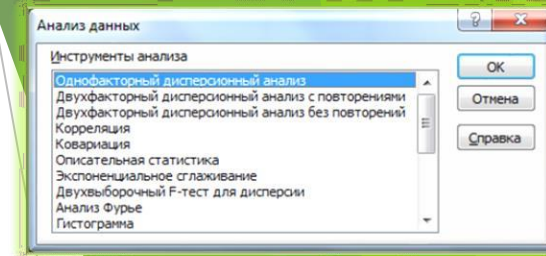
Дезорганизация



■ 1 группа ■ 2 группа
■ 3 группа



Материалы и методы исследования:



Методы исследования: клинико-психопатологический, социально-психологический (психодиагностический), метод математической обработки результатов.

1. **Клинико-психопатологический метод** строился на общепринятых подходах к психиатрическому обследованию больных и содержал традиционный опрос, анализ психического состояния, диагностику в соответствии с критериями МКБ-10. В качестве критериев для выделения различных уровней личностной дезорганизации использовались элементы структурного интервью О. Ф. Кернберга
2. **Социально-психологический метод** - методики «Суверенность психологического пространства» С.К. Нартова-Бочавер.
3. **Метод математической обработки результатов** включал методы статистического анализа. Расчеты проводились с использованием лицензионных пакетов статистического анализа - «MedStat». Предварительно проводили проверку распределения на нормальность. Так как распределение не отличалось от нормального, то для представления значений количественных признаков вычисляли значения среднего арифметического (M) и стандартного отклонения (SD). При множественном сравнении выборок использовались дисперсный анализ и метод множественных сравнений Шеффе. Во всех случаях отличие считалось статистически значимым при уровне значимости $p < 0,05$.





Результаты исследования:

1. Результаты исследования общего уровня суверенности психологического пространства пациентов с различным уровнем дезорганизации личности.

Таблица 1

Суверенность психологического пространства	1 группа M±SD (95% ДИ) (n=43 человека)	2 группа M±SD (95% ДИ) (n=35 человек)	3 группа M±SD (95% ДИ) (n=9 человек)	Статистическая значимость различия, p
Общий балл СПП	-1,6±16,8 (-6,8-3,5)	13±21,5 (5,6-20,4)	15,6±24,4 (-3,2-34,3)	Между I и II группой: p<0,01 . Между I и III группой: p=0,06. Между II и III группой: p=0,94.





Результаты исследования:

2. Результаты исследования остальных шкал суверенности психологического пространства пациентов с различным уровнем дезорганизации личности.

Таблица 2

Суверенность психологического пространства	1 группа M±SD (95% ДИ) (n=43 человека)	2 группа M±SD (95% ДИ) (n=35 человек)	3 группа M±SD (95% ДИ) (n=9 человек)	Статистическая значимость различия, p
Суверенность физического тела	-(-2,3±4,7 (-3,7-(-0,8)))	1,4±5,2 (-0,4-3,2)	1,8±3,5 (-0,9-4,5)	Между I и II группой: p<0,01 . Между I и III группой: p=0,08. Между II и III группой: p=0,97.





Результаты исследования:

3. Результаты исследования остальных шкал суверенности психологического пространства пациентов с различным уровнем дезорганизации личности.

Таблица 3

Суверенность психологического пространства	1 группа M±SD (95% ДИ) (n=43 человека)	2 группа M±SD (95% ДИ) (n=35 человек)	3 группа M±SD (95% ДИ) (n=9 человек)	Статистическая значимость различия, p
Суверенность вещей	-1,7±5,3 (-3,4-(-0,1))	2,8±6,1 (0,7-4,9)	3,7±8,3 (-2,7-10)	Между I и II группой: p<0,01 . Между I и III группой: p=0,05. Между II и III группой: p=0,93.





Результаты исследования:

4. Результаты исследования остальных шкал суверенности психологического пространства пациентов с различным уровнем дезорганизации личности.

Таблица 4

Суверенность психологического пространства	1 группа M±SD (95% ДИ) (n=43 человека)	2 группа M±SD (95% ДИ) (n=35 человек)	3 группа M±SD (95% ДИ) (n=9 человек)	Статистическая значимость различия, p
Суверенность привычек	-0,5±4 (-1,7-0,7)	2±4,3 (0,5-3,5)	2,8±5,3 (-1,3-6,9)	Между I и II группой: p=0,04 . Между I и III группой: p=0,12. Между II и III группой: p=0,88.





Результаты исследования:

5. Результаты исследования остальных шкал суверенности психологического пространства пациентов с различным уровнем дезорганизации личности.

Таблица 5

Суверенность психологического пространства	1 группа M±SD (95% ДИ) (n=43 человека)	2 группа M±SD (95% ДИ) (n=35 человек)	3 группа M±SD (95% ДИ) (n=9 человек)	Статистическая значимость различия, p
Суверенность территории	0,5±5 (-1-2,1)	3,1±5,1 (1,3-4,9)	2,9±5,7 (-1,5-7,3)	p=0,080
Суверенность социальных связей	0,7±2,4 (0,01-1,5)	0,7±3,4 (-0,5-1,9)	0,8±2,5 (-1,2-2,7)	p=1,000
Суверенность ценностей	1,6±4,3 (0,3-3)	3±3,9 (1,7-4,3)	3,7±5,1 (-0,3-7,6)	p=0,238





Выводы:

1.

У пациентов I группы наблюдается незначительная депривированность психологического пространства (2%), у испытуемых II группы - преимущественно низкий уровень СПП (16,3%), также как и у респондентов III группы - низкий уровень СПП, ближе к пониженному (19,5%). Такие результаты могут говорить об отсутствии критики и об утерянной способности к тестированию реальности у пациентов с психотическим уровнем дезорганизации личности. В то время как пациентов с невротическим уровнем дезорганизации личности беспокоит беспомощность и уязвимость, они чувствительны к недостаточности выстроенных границ и к тому, что суверенность психологического пространства нарушалась.



Выводы:

2.

У респондентов I группы выявлен низкий уровень депривированности физического тела, мира вещей, привычек, у пациентов II группы - низкий уровень СФТ, СВ, СП, у обследованных III группы - низкий уровень СФТ, пониженный уровень СВ, СП (см. табл.).

Соответственно, у респондентов пограничной личностной дезорганизации статистически значимо выше уровень СФТ, СВ, СП, чем у обследуемых невротического уровня дезорганизации личности. Пациенты с невротическим уровнем личностной дезорганизации в детстве переживали дискомфорт, связанный с прикосновениями, запахами, чувствовали, что пытаются нарушить их соматическое благополучие, что свидетельствует о знании своих границ, о возможности разграничить «Я» и другие, в отличие от пациентов с пограничным уровнем дезорганизации личности, обладающих диффузной идентичностью. Также у пациентов с невротическим уровнем дезорганизации личности в детстве наблюдалось неуважение к личной собственности, которой бы могли распоряжаться только они, а также насильственные попытки изменить привычный для ребенка распорядок, вследствие чего они в большей степени, чем другие переживали за сохранность целостности своего «Я», устойчивость и безопасность мира.



Выводы:

3.

Испытуемые I группы обладают низким уровнем СТ, СС, СЦ, II группы - пониженным уровнем СТ, низким уровнем СС, СЦ, III группы - пониженным уровнем, ближе к низкому СТ, низким уровнем СС, пониженным уровнем СЦ (см. табл.).

Следовательно, вне зависимости от уровня личностной дезорганизации у всех обследуемых в детстве встречалось периодическое отсутствие территориальных границ, не было постоянного ощущения безопасности физического пространства, иногда осуществлялся контроль над социальной жизнью, но с правом иметь друзей, одобряемых близкими, а также родители не всегда прислушивались к убеждениям и ценностям ребенка.



Выводы:

4.

Исходя из полученных результатов, видно, что у пациентов с невротическим уровнем личностной дезорганизации наблюдается нарушение сохранности личностных границ, в особенности - депривированность физического тела и мира вещей, в меньшей степени - привычек. Данная категория пациентов наиболее чувствительна, уязвима, вследствие чего в различных ситуациях более незащищена и беспомощна. Это может быть связано с тем, что у пограничного и психотического типов дезорганизации личности включаются примитивные механизмы психологической защиты, а также с тем, что они менее критичны. При этом у всех трех типов личностной дезорганизации срабатывают и различные копинг-стратегии (активные механизмы совладания со стрессом). Полученные данные могут быть использованы при разработке личностно-ориентированных психотерапевтических коррекционных программ.

Благодарю за
внимание!

