

ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ ШИЗОИДНОГО РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ И ШИЗОФРЕНИИ В ПОДРОСТКОВОМ И ЮНОШЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

Устюгова Диана Дмитриевна

студент, Уральский федеральный университет, РФ, г. Екатеринбург

Хлыстова Елена Викторовна

научный руководитель, канд. психол. наук, доц. Уральский федеральный университет, РФ, г. Екатеринбург

Диагностическая дифференциация шизоидной личности и шизофрении в подростковом и юношеском возрасте является трудным вопросом в современной клинической психологии. Выбор нозологической единицы связан с отсеиванием случайных симптомов и выделением ядерных, лежащих в основе расстройства. В подростковом и юношеском возрасте при анализе симптоматики психологу приходится сталкиваться с патопсихологическими явлениями, обусловленными возрастными закономерностями, что затрудняют постановку диагноза, например, половое созревание, кризис идентичности и т.д. Значительные трудности у практиков также вызывает дифференциация шизоидного расстройства личности и шизофрении, многие авторы подчеркивают схожесть симптоматики этих расстройств. Однако постановка правильного диагноза является необходимой для определения действенного терапевтического маршрута. Поэтому выделение критериев отличий шизоидного расстройства и шизофрении, как в теоретическом, так и в практическом ключе, является важной задачей.

Цель теоретического исследования – сравнение особенностей проявления шизоидного расстройства личности и шизофрении в подростковом и юношеском возрасте.

Объект исследования – клиническая диагностика шизоидного расстройства личности и шизофрении. Предметом исследования является дифференциация шизоидного расстройства личности и шизофрении в подростковом и юношеском возрасте.

П.Б. Ганнушкин стал одним из первых отечественных психиатров, который занялся тщательным анализом проявления интересующего нас расстройства. В своем исследовании «Статика и динамика психопатий» он выделял следующие характерные признаки. Люди с данным расстройством замкнуты в себе, своих фантазиях, они скрытны и отгорожены от внешней реальности, а в отношениях с близкими людьми могут проявлять холодность и сухость. Шизоидные личности часто включают в себя одновременно ранимую чувствительность и, вместе с тем, безучастность к чужим проблемам. Часто личности шизоидного склада выбирают себе достаточно необычные виды хобби, эксцентричные увлечения, многие из них имеют большие успехи в искусстве или науке. Мышление при шизоидном расстройстве нестандартно и наполнено символизмом. С семейной жизнью у них часто не складывается, так как им сложно найти для себя партнера из-за проблем с общением и взаимопониманием.

В своих трудах П.Б. Ганнушкин также указывал на проблему диагностирования личностного расстройства в подростковом возрасте. Из-за недостаточности жизненного срока относительная стабильность черт характера не может являться показательным ориентиром. К резким изменениям в подростковом возрасте следует относить неожиданные трансформации характера, внезапные и коренные смены типа. Если очень веселый, общительный, шумливый, неугомонный ребенок превращается вдруг в угрюмого, замкнутого, ото всех отгороженного

подростка или нежный, ласковый, очень чувствительный и эмоциональный в детстве становится изощренно-жестоким, холодно-расчетливым, бездушным к близким, то все это скорее всего не соответствует критерию относительной стабильности, и как бы не были выражены черты расстройства личности, случаи эти нередко оказываются за рамками личностного расстройства. Также П.Б. Ганнушкин обращал внимание на то, что шизоидное расстройство и шизофрения тесно связаны, и на фоне первого может развиваться второе [3, с. 22].

Но, так или иначе, в отличие от шизофрении, шизоидное личностное расстройство рассматривается скорее как вариант нормы, оно не несет в себе качественных нарушений мышления и другой психотической симптоматики.

Иную позицию имеет Н. Мак-Вильямс. В своей книге «Психоаналитическая диагностика. Понимание структуры личности в клиническом процессе», она рассматривает шизоидное расстройство личности в контексте психоаналитической теории. Автор указывает, что личность может быть шизоидной на любом уровне, от людей недееспособных психологически до более чем нормальных. Н. Мак-Вильямс уделяет большое внимание защитам. В наборе защит шизоидным личностям не достает общих, они часто соприкасаются с эмоциональными реакциями на уровне подлинного переживания. Из-за того, что их чувственный опыт бывает не оценен другими людьми, они отстраняются и впадают в отчуждение. Из-за глубоких переживаний человек с шизоидным ядром становится менее эмпатичным к более спокойному и менее эмоционально травматичному миру обычных людей. «Расщепление» у шизоидных личностей проявляется в чувстве отстраненности от некоторой части самого себя или от жизни вообще. Из-за страха быть поглощенными они сбегают в «мир фантазий» [4, с. 85]. Также люди с шизоидной личностью часто скрывают свою агрессию за набором защит, они могут быть мягкими и кроткими, но любить кровавые компьютерные игры, фильмы ужасов и передачи с реконструкциями преступлений.

Кроме ухода во внутренний мир шизоидные люди достаточно часто используют проекцию и интроекцию, идеализацию, обесценивание. Среди более «зрелых» защит интеллектуализация явно предпочитается большинством шизоидных людей. При стрессе шизоидные личности удаляются от собственного аффекта также, как и от внешней стимуляции, представляясь туповатыми, уплощенными или несоответствующими [4, с. 85].

Наиболее адаптивной способностью шизоидных личностей является их креативность [4, с. 86].

Первичный конфликт в области отношений у людей с шизоидной личностью касается близости и дистанции, любви и страха. Их субъективную жизнь пропитывает глубокая амбивалентность по поводу привязанности. Они страстно жаждут близости, хотя и ощущают постоянную угрозу поглощения другими. Они ищут дистанции, чтобы сохранить свою безопасность и независимость, но при этом страдают от удаленности и одиночества.

Таким образом, анализируя проявления шизоидного типа личности, исследователи подчеркивают в качестве наиболее значимых признаков трудности социальных контактов и аутистичность мышления.

Эти же особенности проявляются и при шизофрении, но в отличие от шизоидного личностного расстройства, шизофрения является полиморфным психическим расстройством, при шизофрении у человека происходит распад процессов мышления и эмоциональных реакций.

Согласно критериям DSM-5, характерными симптомами шизофрении являются бредовые идеи, галлюцинации, дезорганизованная речь, сильно дезорганизованное, либо кататоническое поведение, плоскость аффекта, алогия или аволиция. Главным отличием шизофренических расстройств являются фундаментальные расстройства мышления и восприятия, также неадекватный, либо сниженный аффект. Для постановки диагноза симптомы должны длиться по крайней мере полгода. Также, с момента начала заболевания у больных наблюдается социально-профессиональная дисфункция [7, с. 653].

Теоретический анализ позволяет дифференцировать схожие признаки шизофрении и

шизоидного расстройства личности, затрудняющие правильную постановку диагноза, и отличительные признаки, помогающие дифференцировать данные клинические феномены.

Изучение психологических методик позволяет выделить несколько этапов проведения дифференциального исследования. На первом этапе исследования рекомендуется произвести анализ мышления. На втором этапе используются личностные опросники, позволяющие дифференцировать наличие личностного расстройства. На третьем этапе проводится исследование с элементами клинической беседы, учитывая ранние наблюдения и анамнез. Для анализа симптомокомплекса важно учитывать дополнительные факторы, такие как динамика, наличие гормональных изменений в организме, протекание возрастной депрессии, связанной с экзистенциальным кризисом. Рассмотрим эти этапы более подробно.

На первом этапе, для диагностики таких психических заболеваний как шизофрения, необходимо полное психологическое обследование, акцент в котором делается на мышление.

Один из тестов, направленных на исследование мышления, предлагаемых клиническим психологом при психологическом обследовании, это «классификация предметов». Классификация предметов была предложена К. Гольдштейном, видоизменена Л.С. Выготским и Б.В. Зейгарник. Данный метод является одним из основных и используется почти при каждом психологическом исследовании. Метод применяется для исследования процессов обобщения и абстрагирования, но дает также возможность анализа последовательности умозаключений, критичности и обдуманности действий больных, особенностей памяти, объема и устойчивости их внимания, личностных реакций больных на свои достижения и неудачи [5, с. 71].

Для проведения эксперимента используется колода с 68 карточками, на которых изображены разные предметы и существа. Перед тем, как начать эксперимент, психолог должен тщательно перетасовать колоду карточек и передав ее испытуемому сказать, что эти карточки необходимо разложить «по группам, что к чему относится». Если больной правильно обобщает, анализирует и синтезирует, у него получаются группы такие как: люди, животные, овощи, измерительные приборы, транспорт, и т. д. У больных шизофренией при выполнении этой методики наблюдается феномен искажения мыслительных операций. Решение такой мыслительной задачи, как классификация, предполагает анализ условий, выделение совокупности существенных признаков предметов, объединение понятий по этим общим признакам. Такие возможности как выделение общего признака, сопоставление, обобщение, абстрагирование, сохранены у больных шизофренией достаточно продолжительное время, но признак, на который он опирается, решая задачу, не является значимым, существенным. В использовании критериев больной не опирается на общечеловеческий опыт, не опирается на практику. Феномен отказа от общезначимых критериев и опора на латентные признаки в классификации называется искажением.

Методика «Классификация» также выявляет нарушения мотивационного звена мышления у людей больных шизофренией, данный феномен называется феноменом разноплановости. При решении одной и той же задачи больной исходит из разных установок, используя одновременно несколько критериев. При этом больной не чувствителен к противоречиям.

Для исследования мышления также применяются тесты «Исключение лишнего», «Существенные признаки», методика Выготского-Сахарова, «Простые аналогии» и «Сложные аналогии».

На втором этапе, для того чтобы дифференцировать, есть ли у человека личностное расстройство, клинические психологи предпочитают применять личностные опросники, самый объемный, изученный и популярный из которых ММРІ. ММРІ это Миннесотский многоаспектный личностный опросник, который был разработан С. Хатуэйем и Дж. Маккинли в Миннесотском университете с конца 30-х, начала 40-х годов. Данный тест предназначен для лиц старше 16 лет и с коэффициентом интеллекта не меньше 80. В Советском союзе методика была адаптирована Л.Н. Собчик в Ленинградском психоневрологическом институте имени В.И. Бехтерева (Стандартизированное многофакторное исследование личности СМІЛ). ММРІ включает в себя 14 различных шкал. Шкала шизофрении, несмотря на свое название,

направлена на диагностику шизоидности, аутистичности мышления. Использование данного опросника позволяет обнаружить признаки личностного расстройства, либо исключить их в случае спорного диагноза.

В адаптированном варианте СМИЛ шкала шизофрении называется шкалой индивидуалистичности. Так, пик в профиле, приходящийся на эту шкалу, дает право считать личность обследуемого шизоидной.

На третьем этапе, для дифференциации экзистенциального кризиса или гормональной перестройки психолог обращает внимание на следующие особенности: уровень тревожности, признаки невротизации, психологическая этиология состояния, критичность к своему состоянию, неустойчивый вегетативный фон. Указанные признаки свидетельствуют о возрастных изменениях, которые имеют закономерный характер.

В заключение необходимо сказать, что дифференциация шизоидного расстройства личности, шизофрении и возрастных изменений является трудной, но важной задачей клинической психологии, предполагающей необходимость опираться на сведения из разных отраслей знаний: возрастной психологии, патопсихологии и психиатрии. В ходе теоретического исследования было выяснено, что шизоидное расстройство личности в отличие от шизофрении не имеет психотической составляющей, то есть продуктивных нарушений аппарата мышления. Последовательное проведение диагностики с использованием когнитивных методик, личностных опросников позволяет составить более точную картину исследования.

Список литературы:

1. Аверин В.А. Психология детей и подростков. – ВЛАДОС – 2008.
2. Блейлер Э. Шизофрения // Руководство по психиатрии. – Медицина, 1999.
3. Ганнушкин, П.Б. Клиника психопатий: их статика, динамика, систематика. – НГМД, 1933.
4. Мак-Вильямс, Нэнси. Шизоидные личности // Психоаналитическая диагностика: Понимание структуры личности в клиническом процессе. – Класс, 1998.
5. Рубинштейн С.Я. Исследование мышления // Экспериментальные методики патопсихологии и опыт их применения в клинике. – ЭКСМО-Пресс, 1999.
6. Эриксон Э. Идентичность, юность, кризис. – Прогресс, 1996.
7. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5) – Arlington, VA, 2013.